This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

BIBLIOTHÈQUE DE L'ÉLÈVE EN MÉDECINE

PHYSIQUE ET CHIMIE MÉDICALES, HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE

BUIGNET. **Manipulations de physique.** Cours de travaux pratiques, professé à l'École de pharmacie de Paris, par M. BUIGNET, professeur à l'École de pharmacie. 1 vol. in-8, 800 pages, avec 265 figures et 1 pl. col, cart........................ 16 fr.

CAUVET. **Nouveaux éléments d'histoire naturelle médicale,** comprenant des notions générales sur la minéralogie, la zoologie, la botanique, l'histoire et les propriétés des animaux et des végétaux utiles ou nuisibles à l'homme, soit par eux-mêmes, soit par leurs produits, par D. CAUVET, professeur à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon. *Deuxième édition.* 2 vol. in-18 jésus, avec 790 figures..................... 12 fr.

— **Cours élémentaire de botanique.** 1 vol in-18 jés., 680 pages, avec 618 fig. 7 fr.

DAVAINE (C.). **Traité des Entozoaires et des maladies vermineuses** chez l'homme et les animaux domestiques. *Deuxième édition.* 1 vol. in-8 de 1000 pages, avec 100 fig.. 14 fr.

ENGEL. **Nouveaux éléments de chimie médicale et de chimie biologique,** avec les applications à l'hygiène, à la pharmacie et à la médecine légale, par R. ENGEL, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. *Deuxième Édition.* 1 vol. in-18 jésus de 150 p. avec 117 figures.. 8 fr.

GUIBOURT et PLANCHON. **Histoire naturelle des drogues simples.** *Septième édition.* 4 forts vol. in-8, avec 1078 figures.............................. 36 fr.

HÉRAUD. **Nouveau dictionnaire des plantes médicinales,** 1 vol. in-18 jésus avec 261 fig., cart.. 6 fr.

— **Les secrets de la science, de l'industrie et de l'économie domestique.** Recettes, formules et procédés d'une utilité générale et d'une application journalière. 1 vol. in-18 jésus, x-654 pages, avec 205 fig. cart.................... 6 fr.

LEFORT (Jules). **Traité de chimie hydrologique.** 2e *édition.* 1 vol. in-8, 798 pages avec 50 figures et une planche chromolithographiée.......................... 12 fr.

MOQUIN-TANDON. **Eléments de botanique médicale,** par A. MOQUIN-TANDON, professeur à la Faculté de médecine. *Troisième édition.* 1 vol. in-18 jésus, avec 128 fig. 6 fr.

POGGIALE. **Traité d'analyse chimique.** 1 vol. in-8 de 606 pages, avec 171 figures.. 9 fr.

WUNDT et MONOYER. **Traité élémentaire de physique médicale.** *Deuxième édition.* 1 vol. in-8, avec figures et 1 planche chromolithographiée............ 14 fr.

ANATOMIE, HISTOLOGIE, ET PHYSIOLOGIE

ANGER. **Nouveaux Éléments d'anatomie chirurgicale,** par BENJAMIN ANGER, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, 1 vol. in-8 de 1055 pages avec 1079 figures et atlas, in-4 de 12 planches coloriées......... 40 fr.

BEAUNIS. **Nouveaux éléments de physiologie humaine,** par M. H. BEAUNIS, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Nancy. *Deuxième édition.* 2 vol. in-8 avec 400 figures, cartonnés.. 25 fr.

BEAUNIS et BOUCHARD. **Nouveaux éléments d'anatomie descriptive et d'embryologie,** par H. BEAUNIS et H. BOUCHARD, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux. *Troisième édition.* 1 vol. gr. in-8 de XVI-1103 pages, avec 421 figures dessinées d'après nature et en partie coloriées. Cartonné.......................... 20 fr.

— **Précis d'anatomie et de dissection.** 1 vol. in-18 de 600 pages......... 4 fr. 50

BERNARD (Claude). **Physiologie,** anesthésiques et asphyxie, chaleur animale, diabète et glycogénèse, liquides de l'organisme, médecine expérimentale, pathologie expérimentale, phénomènes de la vie, physiologie expérimentale, physiologie opératoire, substances toxiques, système nerveux, l'œuvre de Claude Bernard. 16 vol. in-8 avec planches et figures.. 114 fr.

CRUVEILHIER (J.). **Traité d'anatomie pathologique générale.** 5 vol. in-8. 35 fr.

CUYER et KUHFF. **Le corps humain,** Structure et fonctions, formes extérieures, régions anatomiques, situation, rapports et usages des appareils et organes qui concourent au mécanisme de la vie, démontrés à l'aide de planches coloriées, découpées et superposées. 1 vol. in-8 de [illegible] pages, avec 27 planches col. Cart........................ 75 fr.

DUVAL. **Précis de technique microscopique et histologique** ou introduction pratique à l'anatomie générale, par le docteur Mathias DUVAL, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-18 jésus, 315 pages avec 43 fig......... 4 fr.

— **Anatomie artistique** élémentaire du corps humain. *Cinquième édition,* in-8, avec [illegible] .... 4 fr.

[illegible] .... 10 fr.

Franco par la poste contre un mandat.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et Fils, 19, rue Hautefeuille.

HUXLEY. **Eléments d'anatomie comparée des animaux vertébrés.** 1 vol. in-18 jésus de 600 pages, avec 122 figures..... 6 fr.
KUSS et DUVAL. **Cours de physiologie.** *Quatrième édition.* 1 vol. in-18 jésus avec 178 figures. Cartonné..... 8 fr.
LABOULBÈNE. **Nouveaux éléments d'anatomie pathologique**, descriptive et histologique, par A. LABOULBÈNE, professeur à la Faculté de médecine, médecin de la Charité. 1 vol. in-8 de 1,100 pages avec 300 fig., cart..... 20 fr.
LIVON (Ch.). **Manuel de vivisections** par Ch. LIVON, professeur à l'école de médecine de Marseille. 1 vol. in-8 avec figures noires et col..... 7 fr.
MALGAIGNE. **Traité d'anatomie chirurgicale et de chirurgie expérimentale.** *Deuxième édition.* 2 vol. in-8..... 18 fr.
MASSE. **Traité d'anatomie descriptive.** 1 vol. in-18 jésus de 700 pages. Cart. 7 fr.
MOREL (Ch.). **Traité élémentaire d'histologie humaine**, normale et pathologique, par Ch. MOREL, professeur à la Faculté de Nancy. *Troisième édition.* 1 vol. in-8, 418 pages avec atlas de 36 planches dessinées par A. VILLEMIN..... 16 fr.
RANVIER (L.). **Leçons d'anatomie générale**, faites au Collège de France, par L. RANVIER, professeur au Collège de France. 2 vol. in-8 avec figures et tracés..... 20 fr.
RINDFLEISCH. **Traité d'histologie pathologique**, traduit par le docteur GROSS, professeur à la Faculté de Nancy. 1 vol. in-8 de 740 pages avec 260 figures..... 14 fr.
ROBIN (Ch.). **Traité du microscope**, son mode d'emploi, ses applications à l'étude des injections, à l'anatomie humaine et comparée, à l'anatomie médico-chirurgicale, à l'histoire naturelle, par Ch. ROBIN, professeur à la Faculté de médecine de Paris. *Troisième édition.* 1 vol. in-8 de 1,028 pages, avec 317 figures et 3 planches. Cartonné..... 20 fr.
— **Programme d'histologie.** *Seconde édition.* 1 vol. in-8, 500 pages..... 6 fr.
— **Anatomie et physiologie cellulaires**, ou des cellules animales et végétales, du protoplasma et des éléments normaux et pathologiques qui en dérivent. 1 vol. in-8 de 640 p., avec 83 fig., cart..... 16 fr.
— **Leçons sur les humeurs** normales et morbides du corps de l'homme. *Deuxième édition.* 1 vol. in-8 de 1,008 pages avec 35 fig., cart..... 18 fr.

PATHOLOGIE ET CLINIQUES MÉDICALES, PATHOLOGIE GÉNÉRALE, HISTOIRE DE LA MÉDECINE

BOUCHUT. **Nouveaux éléments de pathologie générale**, comprenant la nature de l'homme, l'histoire générale de la maladie, les différentes classes de maladies, l'anatomie pathologique générale et l'histologie pathologique, le pronostic, la thérapeutique générale, par E. BOUCHUT, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris. *Quatrième édition.* 1 beau vol. grand in-8 de x-880 pages, avec 245 figures..... 16 fr.
— **Traité de Diagnostic et de Semeiologie**, comprenant l'auscultation, la percussion, la cébroscopie, la microscopie, la chimie pathologique et les autres procédés d'exploration physique, et l'étude des signes fournis par les divers symptômes. 1 vol. in-8 de 700 p., avec 250 figures.
BOUILLET. **Précis de l'histoire de la médecine**, par le docteur J. BOUILLET, avec une introduction par le docteur A. Laboulbène, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8 de 400 pages.
COIFFIER. **Précis d'auscultation.** 1 vol. in-18 jésus, avec 71 figures col..... 3 fr.
CORLIEU. **Aide-mémoire de médecine, de chirurgie et d'accouchements.** Vade-mecum du praticien, par le docteur A. CORLIEU. *Troisième édition.* 1 vol. in-18 jésus de 624 pages, avec 439 figures. Cartonné..... 6 fr.
DAGONET. **Nouveau Traité élémentaire et pratique des maladies mentales**, par H. DAGONET, médecin de l'asile des aliénés de Sainte-Anne. 1 vol. in-8 de 732 p., avec 8 planches en photoglyptie, comprenant 38 types d'aliénés et une carte statistique des établissements d'aliénés de la France. Cartonné..... 15 fr.
DAREMBERG. **Histoire des sciences médicales**, par Ch. DAREMBERG, professeur d'histoire de la médecine à la Faculté de Paris. 2 vol. in-8 avec figures..... 20 fr.
FOX. **Iconographie photographique des maladies de la peau.** 1 vol, in-4, quarante-huit planches photographiées d'après nature, coloriées à la main, cartonné. 120 fr.
GALLARD. **Clinique médicale de la Pitié**, par le docteur T. GALLARD, médecin de la Pitié. 1 vol. in-8, 600 p., avec fig..... 10 fr.
GRIESINGER. **Traité des maladies infectieuses.** Maladies des marais, fièvre jaune, maladies typhoïdes (fièvre pétéchiale ou typhus des armées, fièvre typhoïde, fièvre récurrente ou à rechutes, typhoïde bilieuse, peste), choléra. *Deuxième édition.* 1 vol. in-8, XXXII-742 pages..... 10 fr.

Envoi franco par la poste contre un mandat.

CHIRURGIE JOURNALIÈRE

DES

HOPITAUX DE PARIS

OUVRAGES DU MÊME AUTEUR

1° Clinique chirurgicale des hôpitaux de Paris. Paris, 1877, 1 vol. gr. in-8 avec figures. 5 fr.

2° Leçons de clinique chirurgicale du professeur Nélaton (*Gaz. des hôpitaux*, 1862).

3° Des abcès rétro-pharyngiens idiopathiques. Thèse de doctorat. Paris, 1867.

4° Recherches anatomiques sur les veines de la vessie et sur les plexus veineux intra-pelviens (avec planche), *Journal d'anatomie et de physiologie*, 1869.

5° Anatomie et pathologie des maxillaires (os et articulat.), *Dict. encyclop. des sciences méd.*, 1870.

6° Péritonite mortelle à la suite d'un simple toucher vaginal, *Gazette des hôp.*, 1872.

7° Des os sésamoïdes chez l'homme (anat. phys. path. avec figures), *Journal d'anat. et de phys.*, 1872.

8° Deux cas de tumeur fibro-plastique de l'œil et de l'orbite, *Bulletin de la société de médecine de Paris* (avec deux planches coloriées), 1872.

9° Anatomie, physiologie et pathologie du nerf médian, *Dictionnaire encyclop. des sciences médicales*, 1872.

10° Remarques sur les blessures par armes à feu observées pendant le siége de Metz (1870) et celui de Paris (1871), *Arch. génér. de médecine* (avec 8 planches coloriées), 1872.

11° Description et structure de la tunique musculaire de l'œsophage chez l'homme et chez les animaux, *Journal d'anatomie et de physiologie*, 1872.

12° Du tissu conjonctif ou lamineux (avec planche), 1872. Thèse d'agrégation.

13° Note pour servir à l'histoire de l'uréthrocèle vaginale, lue à la Soc. de chirurgie, 1873.

14° Articles bibliographiques (anat. physiol. chirurg.), *Bulletin génér. de thérap.*, 1873.

15° Du cérat (emploi thérapeutique), *Dictionnaire encyclop. des sciences méd.*, 1873.

16° De l'imperforation de l'hymen, au point de vue clinique et opératoire, extrait des *Annales de gynécologie*, 1874.

17° Sur une variété peu connue de loupe du cuir chevelu (loupe à contenu mixte). *Bulletin de la Soc. de méd. de Paris*, 1874.

18° De l'emploi du seigle ergoté dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, extrait de la *Revue de thérap. médico-chirurg.*, 1874.

19° Des ostéosarcomes articulaires et péri-articulaires et des difficultés de leur diagnostic, in *Bulletin de la Soc. chirurg.*, 1875.

20° De la charpie, *Dict encyclop. des sc. méd.*, 1875.

21° Des ciseaux (avec planches), *Dict. encyclop. des sciences méd.*, 1875.

22° Des difficultés du diagnostic de certaines tumeurs liquides palmaires et plantaires, *Bulletin de la Société de méd. de Paris*, 1875.

23° Des abcès puerpéraux de la mamelle, *Bulletin de la Soc. de méd. de Paris*, 1875.

24° Du collodion (emploi thérap.), *Dict. encyclop. des sc. méd.*, 1876.

25° Emploi du thermo-cautère dans l'ablation des tumeurs, *Bulletin de la Soc. méd. de Paris*, 1876.

26° Traumatismes produits par la bouche du cheval, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1876.

27° Deux opérations d'ovariotomie pratiquées avec succès (*Union médicale*, 12 et 27 févr. 77).

28° Emploi du thermo-cautère dans la trachéotomie, *Bulletin de la Soc. de méd. de Paris*, 1877.

29° Cor., *Dict. encyclop. des sciences méd.* 1877.

30° Arthrite suppurée de l'épaule ; resection ; guérison. *Union médicale*, 1877.

31° Atrésie ano-rectale. Enterotomie périnéale ; guérison, *Union médicale*, 1877.

32° Cou (anat. et pathol.) avec figures. *Dict. encyclop. des sciences méd.*, 1877.

2767-77. — Corbeil. Typ. de Crété fils.

CHIRURGIE JOURNALIÈRE

DES

HOPITAUX DE PARIS

RÉPERTOIRE

DE THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

PAR

LE Dr P. GILLETTE

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX
ANCIEN PROSECTEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

MM. BENJAMIN ANGER, THÉOPH. ANGER, BROCA, J. LUCAS CHAMPIONNIÈRE, E. CRUVEILHIER, CUSCO, DELENS, DEMARQUAY, DÉSORMEAUX, A. DESPRÉS, DOLBEAU, DUBRUEIL, S. DUPLAY, P. GILLETTE, GOSSELIN, GUÉNIOT, ALPH. GUÉRIN, FÉLIX GUYON, P. HORTELOUP, L. LABBÉ, O. LANNELONGUE, LE DENTU, LÉON LE FORT, NICAISE, PANAS, PÉAN, C. PÉRIER, POLAILLON, RICHET, DE SAINT-GERMAIN, MARC SÉE, F. TERRIER, TERRILLON, TILLAUX, U. TRÉLAT, VERNEUIL.

Avec 662 figures intercalées dans le texte.

LANE MEDICAL LIBRARY
2204
SAN FRANCISCO

PARIS
LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
Rue Hautefeuille, 19, près du boulevard St-Germain

1878

Tous droits réservés.

B

To locate cerebral centres 708

134
47
1878

PRÉFACE

Habitué, depuis longues années, à suivre, dans les hôpitaux de Paris, le mouvement de la thérapeutique chirurgicale, nous avons pensé qu'il y aurait un véritable intérêt à ne pas laisser perdre le fruit de l'expérience des maîtres, et à recueillir leurs enseignements pour les praticiens à qui il n'est plus donné de suivre les visites au lit des malades ni d'assister aux opérations d'amphithéâtre.

Sous ce titre de *Chirurgie journalière des hôpitaux de Paris*, ce ne sont pas les cas rares que nous avons cherché à mettre en lumière, ce sont plutôt les faits qui se rencontrent dans la pratique de chaque jour; sans vouloir nous astreindre à un plan méthodique, nous avons saisi, au hasard, les occasions qui se présentaient et qui nous offraient tantôt une opération nouvelle, tantôt des méthodes et des procédés plus perfectionnés. Ce n'est donc pas seulement la *Clinique chirurgicale* de tel ou tel professeur, dans laquelle l'auteur expose le résultat de son expérience personnelle et publie les faits les plus intéressants de son service; c'est à proprement parler la clinique

de tous les chirurgiens des hôpitaux que nous avons voulu faire connaître.

Pour chacun des chefs de service dont nous avons relaté les travaux, nous réunissons les affections variées qui intéressent tel ou tel organe, et nous présentons le tableau des divers temps de l'opération ; le désir d'être à la fois concis et précis nous a fait éviter toute considération générale.

Notre travail manquerait d'intérêt, faute de comparaison, sans les tables que nous avons dressées avec le plus grand soin, et que nous avons voulu rendre aussi complètes que possible pour en augmenter l'utilité pratique. A côté de la *Table par noms d'auteurs*, où le lecteur trouvera l'ensemble des travaux de tel ou tel chirurgien, nous avons donné les plus grands développements à la *Table des matières* qui permet de retrouver l'affection que l'on veut étudier et sur laquelle on est bien aise de connaître l'opinion des divers chirurgiens, pour comparer entre elles les méthodes qu'ils préfèrent et choisir utilement en parfaite connaissance de cause.

Nous avions déjà publié un premier essai qui a paru dans la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale* de 1872 à 1875. Le bienveillant accueil fait par les praticiens et les élèves à un tirage qui a paru à un petit nombre d'exemplaires, m'a encouragé à reprendre mon travail et à le compléter. Adoptant un ordre régulier d'après la hiérarchie des services, j'ai par des additions fort importantes, qui ont triplé le nombre des pages, reconstitué, pour ainsi dire de toutes pièces, une œuvre nouvelle ; j'ai de plus ajouté l'exposé des faits intéressants que j'ai pu recueillir dans les services des derniers élus du concours du Bureau central, à qui des suppléances ont permis d'appliquer les méthodes thérapeutiques ou opératoires les plus nouvelles, en attendant qu'ils aient obtenu un service personnel.

J'ai cru devoir conserver le souvenir des maîtres disparus depuis peu, le professeur Dolbeau, le docteur Demarquay, le docteur Dubrueil : les deux premiers qui ont été enlevés si prématurément à la science et à la pratique, le second qui a quitté Paris pour occuper une chaire de clinique à la faculté de médecine de Montpellier.

J'ai pris soin d'indiquer en note pour chaque chef de service les diverses fonctions qu'il a successivement remplies dans les hôpitaux où il a passé : cela expliquera et justifiera certaines anomalies qui pourraient être remarquées entre le service actuellement occupé, et les sujets qui y sont étudiés.

Ce livre, ainsi tenu au courant, représente le mouvement de la chirurgie contemporaine, il fixe l'état de la science et de la pratique, et sous une forme, je dirai nouvelle, constitue presque un *Traité de pathologie chirurgicale et de médecine opératoire.*

Mais nous avons voulu, avant tout, faire une œuvre utile, qui mette le chirurgien au courant de la pratique journalière de la chirurgie, dans les hôpitaux de Paris; nous avons aussi pensé aux élèves qui ont souvent le désir de connaître l'opinion du juge qui doit prononcer sur leur nomination dans un concours ou leur admission dans un examen.

Puissions-nous avoir réussi !

P. GILLETTE.

20 août 1877.

TABLE PAR NOMS D'AUTEURS

PRÉFACE..... V
TABLE PAR NOMS D'AUTEURS..... IX

M. ANGER (Benjamin). — HÔPITAL SAINT-ANTOINE.

1° Affections des os. — Amputations..... 450
2° Affections des vaisseaux..... 471
3° Plaies des tendons. — Hétéroplastie..... 475
4° Imperforations..... 477
5° Trachéotomie..... 478
6° Affections des organes génito-urinaires..... 479
7° Affections du tube intestinal..... 479

M. ANGER (Théophile). — HÔPITAL DE LOURCINE.

1° Affections des os et des articulations..... 565
2° Affections de la langue..... 569
3° Affections des organes génito-urinaires (homme et femme)..... 570
4° Affections kystiques. — Ongle incarné..... 572

M. BROCA. — HÔPITAL DES CLINIQUES.

1° Affections osseuses et articulaires..... 132
2° Affections des yeux..... 141
3° Affections des gencives, des lèvres et des fosses nasales..... 142
4° Affections des voies respiratoires..... 145
5° Affections du pied et de la main..... 146
6° Affections du sein..... 147
7° Affections du tube intestinal..... 148
8° Affections de la vessie..... 150
9° Affections des vaisseaux. — Amputations..... 150

M. CHAMPIONNIÈRE (Just Lucas). — BUREAU CENTRAL.

1° Plaies. — Fièvre traumatique..... 700
2° Affections des os. — Trépanation..... 706

M. CRUVEILHIER (Édouard). — MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ.

1° Affections des organes génito-urinaires (homme et femme)..... 434
2° Affections des os et des articulations..... 437
3° Affections de l'anus et du rectum..... 441
4° Affections des vaisseaux..... 441
5° Affections des lèvres et des fosses nasales..... 442
6° Affections nerveuses..... 444

M. CUSCO. — HÔTEL-DIEU.

1° Affections oculaires..... 36
2° Affections des voies aériennes..... 38
3° Affections des vaisseaux..... 41
4° Affections des os..... 41
5° Solutions de continuité. — Bec-de-lièvre..... 42
6° Affections utérines..... 44

M. DELENS. — BUREAU CENTRAL.

1° Plaies..... 683
2° Affections des os et des articulations..... 684
3° Affections du tube digestif..... 687
4° Affections des yeux..... 690

M. DEMARQUAY. — MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ.

1° Affections osseuses et articulaires..... 410
2° Affections génito-urinaires (homme et femme)..... 413
3° Affections des téguments et du tissu sous-cutané..... 420
4° Anesthésie, plaies et gangrène..... 421
5° Affections kystiques..... 426
6° Affections des intestins..... 427
7° Affections de la face et du cou (yeux, bouche, langue, lèvres, trachée)..... 431

M. DÉSORMEAUX. — HÔPITAL NECKER.

1° Anesthésie. — Plaies. — Fistules..... 247
2° Affections des organes génito-urinaires (homme et femme).... 250
3° Affections des os, amputations..... 254
4° Affections des lèvres et des intestins..... 259
5° Affections des vaisseaux..... 259

M. DESPRÉS (Armand). — HÔPITAL COCHIN.

1° Affections osseuses et articulaires..... 492
2° Affections des organes génito-urinaires. — Syphilis (homme et femme)..... 517
3° Affections des vaisseaux. — Adénite..... 522
4° Gangrène..... 524
5° Affections du tube digestif..... 524
6° Affections de la mamelle et du cou..... 528
7° Spina bifida. — Kystes..... 531
8° Plaies..... 534
9° Affections de l'oreille..... 536

M. DOLBEAU. — HÔPITAL BEAUJON.

1° Affections des os..... 211
2° Affections kystiques..... 214
3° Ulcères variqueux..... 216
4° Affections oculaires..... 217
5° Affections des membres..... 220
6° Affections de l'appareil génito-urinaire..... 224
7° Inflammations..... 229

M. DUBRUEIL. — HÔPITAL DE LOURCINE.

1° Affections de l'anus et du rectum..... 550
2° Affections des organes génitaux..... 553
3° Affections du nez, de la bouche et de la gorge..... 563

M. DUPLAY (Simon). — HÔPITAL SAINT-LOUIS.

1° Affections génito-urinaires. — Affections de la mamelle..... 208
2° Affections du tube intestinal..... 312
3° Affections du pied..... 316
4° Affections de l'oreille et du nez..... 317
5° Contusions. — Affections osseuses, articulaires et péri-articulaires..... 322
6° Affections de la bouche, de la face et du cou..... 341
7° Affections des yeux..... 349
8° Affections des tendons..... 353

M. GILLETTE (P.). — BUREAU CENTRAL.

1° Emploi du cautère Paquelin..... 709
2° Affections des os et des articulations..... 713

3° Affections du tube digestif..... 720
4° Affections des organes génito-urinaires (homme et femme).... 724
5° Plaies. — Anthrax. — Chéiloplastie..... 734

M. GOSSELIN. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

1° Anesthésie..... 64
2° Affections osseuses et articulaires..... 66
3° Affections oculaires..... 80
4° Maladies de la bouche..... 83
5° Affections des organes génito-urinaires (homme et femme)..... 84
6° Polypes des fosses nasales..... 93
7° Affections kystiques..... 96
8° Affections de l'appareil digestif..... 99
9° Affections de la bouche..... 104
10° Affections des vaisseaux..... 105

M. GUÉNIOT. — HOSPICE DES ENFANTS ASSISTÉS.

1° Affections des yeux..... 658
2° Affections de la bouche..... 659
3° Affections kystiques..... 660
4° Affections des os et des articulations..... 662
5° Affections utérines..... 667

M. GUÉRIN (Alphonse). — HÔTEL-DIEU.

1° Affections des organes génito-urinaires (homme et femme)... 50
2° Affections du rectum..... 53
3° Affections des os et des articulations..... 53
4° Pansement ouaté..... 58
5° Affections des téguments..... 60
6° Affections oculaires et naso-pharyngiennes..... 62

M. GUYON (Félix). — HÔPITAL NECKER.

1° Affections des voies urinaires et du périnée..... 260
2° Affections du tube digestif..... 271
3° Affections osseuses et articulaires, et épanchements dans les bourses séreuses..... 272
4° Affections du cou et de l'oreille..... 274
5° Plaies. — Amputations. — Ongle incarné..... 275
6° Plaies des artères..... 278
7° Obstétrique..... 279

M. HORTELOUP (Paul). — Hôpital du Midi.

1° Affections des organes génito-urinaires..... 537
a. Maladies du pénis..... 537
b. Affections du testicule..... 539
c. Affections de la vessie et de l'urèthre..... 540
2° Syphilis..... 547
3° Affections anales..... 551

M. LABBÉ (Léon). — Hôpital de la Pitié.

1° Anesthésie..... 199
2° Affections de l'anus et du rectum..... 199
3° Affections des organes génito-urinaires et du périnée (homme et femme)..... 201
4° Affections des ganglions lymphatiques..... 205
5° Affections des os. — Amputations. — Abcès ossifluents..... 205
6° Affections kystiques..... 208
7° Affections des vaisseaux. — Hémostase..... 210

M. LANNELONGUE. — Hôpital Sainte-Eugénie.

1° Affections des organes génito-urinaires..... 625
2° Affections du tube digestif..... 630
3° Affections oculaires..... 632
4° Affections des os..... 634
5° Affections de la bouche..... 638
6° Affections de la vessie (femme)..... 639

M. LE DENTU. — Hôpital Saint-Antoine.

1° Affections du tube digestif..... 480
2° Affections des os et des articulations..... 486
3° Plaies. — Affections des lèvres. — Autoplastie..... 488
4° Affections du système nerveux..... 490
5° Affections des voies urinaires..... 492

M. LE FORT (Léon). — Hôpital Beaujon.

1° Affections oculaires..... 230
2° Affections des organes génito-urinaires (homme et femme)..... 233
3° Affections osseuses. — Resections et amputations..... 237
4° Plaies. — Affections du rectum..... 244
5° Affections des muscles..... 246

M. NICAISE. — Bureau central.

1° Affections du tube intestinal..... 691
2° Affections des organes génito-urinaires (homme et femme).... 693
3° Affections des os. — Ischémie chirurgicale..... 696

M. PANAS. — Hôpital Lariboisière.

1° Affections des organes génito-urinaires et syphilis (homme et femme)..... 354
2° Affections du tube digestif..... 360
3° Affections des os et des articulations..... 362
4° Affections du système nerveux..... 369
5° Affections de la face et de la bouche..... 372
6° Affections des yeux..... 374
7° Ulcères..... 377

M. PÉAN. — Hôpital Saint-Louis.

1° Organes génito-urinaires (homme et femme)..... 281
2° Affections des os et des articulations..... 290
3° Plaies d'opérations. — Hémostase..... 292
4° Affections kystiques..... 293
5° Épithélioma de la face. — Autoplastie..... 295
6° Affections du tube digestif..... 296

M. PÉRIER (C.). — Hôpital de la Salpêtrière.

1° Affections du tube intestinal..... 674
2° Affections des organe génito-urinaires (homme et femme).... 675
3° Affections de la mamelle..... 680
4° Affections du crâne..... 680
5° Plaies..... 681

M. POLAILLON. — Hôpital de la Maternité-Cochin.

1° Affections des os et des articulations..... 575
2° Affections des organes génitaux (homme et femme)..... 581
3° Affections des enfants..... 586
4° Plaies. — Sutures des tendons. — Chéloïde..... 587

M. RICHET. — Hôtel-Dieu.

1° Maladies de l'anus et du rectum..... 1
2° Affections des organes génito-urinaires (homme et femme).... 5
3° Affections des os et des articulations..... 12

4° Affections des lèvres et des mâchoires..... 27
5° Affections de la bouche, de l'œsophage, du cou..... 28
6° Affections kystiques..... 33
7° Affections des orteils..... 35

M. DE SAINT-GERMAIN. — HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES.

1° Affections oculaires..... 589
2° Affections osseuses et articulaires..... 591
3° Affections des organes génito-urinaires et des fesses..... 600
4° Affections des voies digestives..... 601
5° Affections des doigts..... 606
6° Affections de la gorge et du cou..... 609

M. SÉE (Marc). — MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ.

1° Affections des os et des articulations..... 444
2° Plaies et fractures compliquées..... 453
3° Affections de l'œil et du sac lacrymal..... 455
4° Affections kystiques..... 457
5° Affections des lèvres..... 458

M. TERRIER (F.). — HOSPICE DE BICÊTRE.

1° Anesthésie, plaies, amputations, resections..... 640
2° Affections du nez, des oreilles, de la langue..... 645
3° Ulcères..... 654
4° Affections des organes génito-urinaires (homme et femme). — Abdomen..... 654

M. TERRILLON. — BUREAU CENTRAL.

1° Affections des nerfs..... 737
2° Affections de l'épaule et du crâne. — Amputations..... 740
3° Affections génito-urinaires (homme et femme)..... 746
4° Affections des fosses nasales et de l'œsophage..... 748
5° Septicémie. — Algidité dans les hernies..... 750

M. TILLAUX (P.). — HÔPITAL LARIBOISIÈRE.

1° Affections de la bouche..... 378
2° Tumeurs érectiles..... 380
3° Affections des os et des articulations..... 381
4° Affections des oreilles..... 386
5° Affections des yeux..... 393
6° Affections des nerfs..... 397

7° Affections des tendons et de leurs gaînes..... 397
8° Affections des organes génito-urinaires (homme et femme)..... 399
9° Affections de l'anus..... 408

M. TRÉLAT (Ulysse). — HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

1° Affections des os..... 107
2° Affections de l'abdomen (parois, viscères)..... 112
3° Affections génito-urinaires (homme et femme)..... 114
4° Plaies en général..... 119
5° Affections des yeux..... 121
6° Affections de la bouche, de l'œsophage et du larynx..... 124
7° Tumeurs..... 129

M. VERNEUIL. — HÔPITAL DE LA PITIÉ.

1° Affections oculaires..... 135
2° Affections de la cavité buccale..... 156
3° Affections osseuses, articulaires et péri-articulaires..... 158
4° Affections du système nerveux..... 166
5° Affections kystiques..... 172
6° Affections musculaires..... 174
7° Plaies, herpès, érysipèle, ictère traumatique, ulcères..... 174
8° Affections de l'anus et du rectum..... 181
9° Affections du périnée et des organes génitaux, syphilis (homme et femme)..... 192
10° Affections des vaisseaux. — Ganglions lymphatiques. — Affections du pied..... 198

TABLE PAR ORDRE DES SERVICES..... 751
TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES..... 753

FIN DE LA TABLE PAR NOMS D'AUTEURS.

CHIRURGIE JOURNALIÈRE

DES

HOPITAUX DE PARIS

HOTEL-DIEU

M. LE PROFESSEUR RICHET (1)

1° MALADIES DE L'ANUS ET DU RECTUM.

a. Rétrécissement du rectum. — *Écrasement par emporte-pièce.* — Il se présente souvent non pas sous la forme d'une simple coarctation mais sous l'aspect d'un canal rétréci de 3 à 4 centimètres de longueur. — Il se rencontre fréquemment chez des sujets syphilitiques ; mais, de même que les rétrécissements uréthral et œsophagien, il ne guérit jamais par un traitement spécifique. — A la gêne mécanique produite par la diminution de calibre de l'intestin, vient s'ajouter une irritation, une inflammation de la muqueuse, située au-dessus, qui devient mamelonnée et détermine des souffrances chez le malade.

M. Richet n'emploie pas les *dilatateurs : (dilatateur à trois branches de Demarquay, dilatateur d'Huguier* fondé sur le même principe que celui de Perrève pour les rétrécissements uréthraux, *dilatateur de Nélaton* n'agissant pas sur l'orifice anal), parce que ces instruments, assez difficiles à manier, peuvent, si on dépasse certaines limites, faire éclater les parois du rectum et donner lieu à

(1) 1844, chirurgien du bureau central. — 1848, hôpital de Lourcine. — 1850, hôpital Bon-Secours. — 1854, hôpital Saint-Antoine. — 1858, hôpital Saint-Louis. — 1863, hôpital de la Pitié. — 1868, hôpital des cliniques. — 1872, Hôtel-Dieu.

une fissure consécutive remontant très-haut et à la péritonite, complication si à craindre, dans le traitement de cette affection. — Le rectotome d'Amussat et celui de M. Tillaux fondé sur les mêmes principes que l'uréthrotome de Civiale, ne font que des scarifications le plus souvent insuffisantes si le rétrécissement a une épaisseur un peu considérable : aussi ce professeur applique-t-il l'écrasement à la thérapeutique de ces rétrécissements.

Il emploie, à cet effet, son *écraseur emporte-pièce* (1) : cet instrument (fig. 1) se compose de deux tiges dont l'une glisse à frottement dans la cannelure de l'autre et qui sont terminées par deux plaques

Fig. 1. — *Emporte-pièce de Richet.*

horizontales dont la supérieure est un anneau armé de dents, accrochant la paroi supérieure du rétrécissement, dont l'inférieure est pleine et correspond à la paroi inférieure de ce dernier : ces deux plaques, en se rapprochant au moyen d'une vis qui termine l'appareil, écrasent et enlèvent une partie du rétrécissement. — Il emploie, immédiatement après, la *dilatation* à l'aide de la boule olivaire dont on fait usage dans le cas de pertes séminales. — C'est surtout dans les rétrécissements valvulaires que cet instrument trouve son application.

b. Fissure anale. — *Dilatation.* — M. Richet distingue à cet effet : 1° la fissure proprement dite (sans tumeur hémorrhoïdaire) qui ne peut guérir sans une opération s'adressant au sphincter lui-même et c'est la dilatation cruciale faite avec les doigts qu'il préfère; 2° l'ulcération s'accompagnant de tumeur hémorrhoïdaire et donnant lieu, comme conséquence, à des douleurs rebelles et à la contracture sphinctérienne : dans ce dernier cas, on peut espérer une guérison en s'adressant à l'ulcération (cautérisation, ratanhia), et surtout à l'hémorrhoïde (ablation, cautérisation).

c. Hémorrhoïdes. — *Cautérisation par le fer rouge. Pince-cautère écraseur.* — La ligature extemporanée, l'écrasement linéaire, l'excision déterminant assez souvent, comme conséquence de l'opération, un rétrécissement, accident plus grave que l'affection elle-même, parce qu'on a pris tout le bourrelet à la fois; c'est la cauté-

(1) Saury, Thèse 1868.

risation que préfère M. Richet. Il n'emploie, cependant, ni le caustique de zinc appliqué à la base de la tumeur (Amussat), ni l'acide nitrique étalé à la surface de l'hémorrhoïde (Gosselin), mais bien la cautérisation au fer rouge (1). Amussat père cautérisait la base des hémorrhoïdes avec un instrument porte-caustique (fig. 2) ayant la forme d'une pince à dissection et sur les mors de laquelle sont insérées perpendiculairement deux cuvettes d'acier D contenant du caustique Filhos. Deux petites lames de maillechort B ayant un mouvement de rotation autour des cuvettes qui sont cylindriques, portent à l'une de leurs extrémités une oreille C destinée à les faire mouvoir et, par conséquent, à couvrir ou découvrir le caustique au moment opportun. Un écrou à volant A sert à rapprocher fortement les branches de l'instrument. Amussat fils a modifié l'instrument (fig. 3) en rendant les branches beaucoup plus résistantes que dans la première pince et en ajoutant deux autres cuvettes B mobiles sur leur axe au moyen du bouton C et avec mouvements de rotation suffisants pour cacher ou mettre à découvert le caustique; avec cette *pince-étau* l'opération est plus rapide.

Fig. 2. — *Pince porte-caustique de J. Z. Amussat.*

A, écrou à volant pour rapprocher les branches. — B, lames de maillechort. — C, oreille faisant mouvoir les cuvettes d'acier D.

Ce fut d'abord avec le cautère pointu chauffé à blanc enfoncé dans la masse, puis à l'aide de la galvano-caustique que M. Richet pratiquait cette opération; mais depuis qu'il a vu à la suite de ces moyens des hémorrhagies se manifester, il y a renoncé et ne fait plus cette cautérisation qu'avec sa *pince-cautère écraseur* (2), analogue à la

(1) *Mémoire sur la destruction des hémorrhoïdes internes par la cautérisation circulaire de leurs pédicules avec le caustique Filhos* (*Gaz. méd.*, Paris, 1846).

(2) *De la cautérisation circulaire de la base des tumeurs hémorrhoïdales int.* (*Bull. gén. thérap.*, 1853, t. XLIV, p. 389, et XLV).

pince dont les coiffeurs se servent pour friser la chevelure (fig. 4) : elle se termine à l'une de ses extrémités par deux petits marteaux

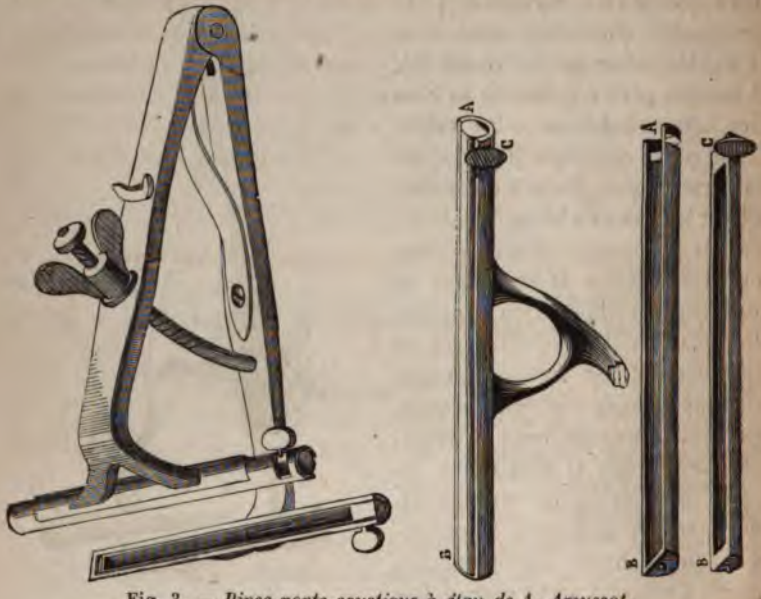


Fig. 3. — *Pince porte-caustique à étau de A. Amussat.*

A, cuvettes placées à l'extrémité des branches demi-cylindriques renfermant deux autres cuvettes B mobiles sur leur axe au moyen du bouton C.

crénelés, c'est-à-dire dont la surface interne est creusée de rainures profondes, et à l'autre par deux anneaux en buis qui peuvent être

Fig. 4. — *Pince-cautère de Richet pour la cautérisation des hémorrhoïdes.*

maniés sans crainte de se brûler : il en faut plusieurs, pour une même opération, car le refroidissement de l'instrument est prompt.

Voici comment il opère : il commence par prendre la masse avec une pince à griffes, et par passer à la base du bourrelet, 2, 3, 4 fils d'argent (suivant ses dimensions), pour isoler des segments hémorrhoïdaires qui, saisis et pédiculisés, sont cautérisés par la pince

rougie au feu et réduits comme épaisseur à de véritables feuilles de papier : dans l'intervalle de deux eschares adjacentes il reste une portion de peau saine qui empêche le rétrécissement consécutif et qui, pouvant se distendre après l'opération, permet au malade d'aller facilement à la selle. On retire les fils et on applique des compresses d'eau fraîche. Nous avons entendu dire à ce professeur, l'année dernière, qu'il en était à sa 74e opération faite à l'aide de ce procédé et qu'il n'avait eu qu'une mort chez une femme de mauvaise vie adonnée aux boissons alcooliques.

2° AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES (HOMME ET FEMME).

a. Epididymite blennorrhagique. — *Repos. Position.* — M. Richet n'emploie jamais l'application de sangsues à la base du cordon et rejette absolument les badigeonnages sur le scrotum avec le collodion qui ne s'enlève qu'en faisant souffrir énormément le malade. Il n'a recours aussi que très-rarement à la ponction de la tunique vaginale. Le repos au lit, la position des bourses qui doivent être fortement relevées à l'aide de la plaque (caoutchouc ou liége) échancrée, et l'application de compresses résolutives (extrait de saturne), ou même d'eau simple suffisent le plus souvent à la guérison du malade.

b. Varicocèle. — *Procédé de Vidal.* — *Enroulement des veines.* — Ne jamais toucher sous aucun prétexte au varicocèle léger. L'opération est indiquée quand il est très-volumineux; car dans ce cas on voit quelquefois les veines s'enflammer et donner lieu à des pertes séminales fréquentes. Elle est également justifiée quand le varicocèle s'accompagne de hernie, car dans ce cas la pression du brayer sur l'anneau tend à augmenter le volume de la masse veineuse : comme thérapeutique palliative (combattre la constipation, suspensoir, ne point appliquer de bandage).

Dans le traitement curatif, M. Richet rejette la cautérisation, toute opération sanglante (incision, excision) et la ligature par le procédé de Velpeau qui consiste à lier les veines et la peau à la fois. La *ligature sous-cutanée* (Ricord) (fig. 5), ne coupe les veines qu'en un seul point, aussi est-elle fréquemment suivie de récidive. Il préfère le procédé de Vidal, par *enroulement des veines* (fig. 6), qui sectionne le paquet veineux sur une étendue beaucoup plus considérable, qui relève le testicule en diminuant la hauteur du scrotum, et qui s'oppose à l'issue d'une hernie, souvent concomitante, en formant une noosité à l'anneau inguinal externe. Un fil métallique est introduit en arrière des veines

et, par la même ouverture, passe en avant de ces veines : enroulement ; la compression de la petite portion de peau, située en avant, se fait sur un petit cylindre de linge ; au bout de 6 à 7 jours, cette petite surface cutanée se sphacèle ainsi que les veines, la suppuration est presque nulle ; comme effet immédiat de l'enroulement il se fait un épanchement par issue de la sérosité des veines situées au-

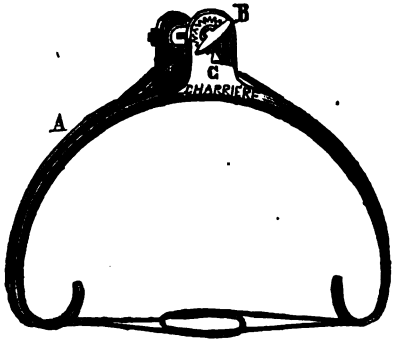


Fig. 5. — *Serre-nœud de Ricord.*

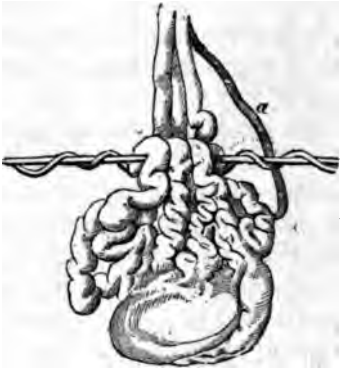


Fig. 6. — *Mode d'emploi du fil et des aiguilles de Vidal (de Cassis).*

dessous. Les instruments nécessaires à cette opération sont deux aiguilles et deux fils d'argent (fig. 7). Les aiguilles (*a*, *c*) sont lancéolées à une extrémité et taraudées à l'extrémité opposée. Les fils

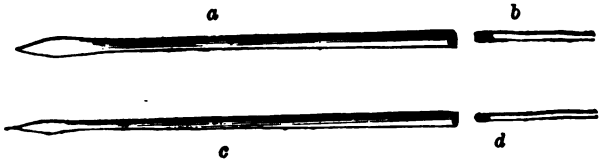


Fig. 7. — *Aiguilles et fil pour l'enroulement* (grandeur réelle).

d'argent (*b*, *d*) ont un petit pas de vis pour se fixer sur les aiguilles. L'aiguille *a* et le fil *b* qui doivent passer en arrière des veines ont un diamètre supérieur à l'aiguille *c* et au fil *d* qui passent en avant.

c. HYDRO-HÉMATOCÈLE SUPPURÉE. — *Drainage.* — Dans ce cas, les parois vaginales sont singulièrement épaissies : 1° par des dépôts fibrineux, résultant de l'épanchement de sang, analogues à ceux des anévrysmes et qui peuvent acquérir une épaisseur de plusieurs centimètres ; 2° par l'inflammation qui donne naissance à des couches albumineuses et pseudo-membraneuses semblables à celles de la plèvre et font prendre à la vaginale l'apparence d'une *boule élas-*

tique dont les parois épaisses ne peuvent venir au contact et restent toujours écartées : M. Richet repousse la *castration* admise par certains auteurs : il fait aussi bon marché de l'*incision* à la suite de laquelle la suppuration est interminable et de l'*excision* dans laquelle on est obligé de diviser les vaisseaux du scrotum, ce qui peut donner lieu à des hémorrhagies ; il repousse également les *injections* et croit que la *décortication* (Gosselin) est souvent suivie d'hémorrhagies et d'inflammation grave. Il préfère de beaucoup le *drainage*, moyen dû à Baudens, quoique cet auteur ne lui ait pas appliqué cette dénomination : il faisait usage d'un tube métallique percé d'un trou. M. Richet emploie, comme M. Chassaignac, le tube élastique. Peu à peu la tumeur diminue et se réduit à un simple abcès que l'on traite par les lavages.

d. Déchirures du périnée et de la cloison recto-vaginale. — *Refaire la cloison. Périnéorrhaphie. Avivement en surface.* — La plupart des chirurgiens divisent cette opération en deux temps qu'ils exécutent à deux périodes différentes. En général, M. Richet procède aux deux opérations le même jour, comme cela est indiqué (1) dans le travail d'un de ses élèves sur ce sujet ; il reconstitue d'abord la cloison recto-vaginale et, séance tenante, il pratique la périnéorrhaphie.

Lorsque la communication est large et remonte à 2, 3, 4 centimètres de l'anus, on reconnaît la muqueuse rectale à sa coloration d'un rouge sombre et à sa disposition granuleuse, tandis que la muqueuse du vagin s'accuse par son état lisse et sa couleur d'un rose tendre : généralement il existe un liséré entre les deux muqueuses. La constatation de ces caractères est très-importante, car il ne faut pas que l'avivement porte sur le rectum, mais bien seulement sur la muqueuse du vagin : si on comprend la muqueuse rectale, la contraction incessante de cette portion de l'intestin a, en effet, grande chance pour amener une désunion des sutures.

C'est là une précaution analogue à celle dont l'opération de la fistule vésico-vaginale est l'objet ; car on se souvient que dans cette dernière la suture et l'avivement doivent porter exclusivement sur le vagin et non sur la paroi vésicale.

Voici les principaux temps de l'opération :

1° Avivement. — *a. Reconstituer la cloison recto-vaginale.* — Autrefois on se contentait d'aviver de chaque côté les deux débris et les mamelons de la cloison recto-vaginale, qui étaient le plus rapprochés comme pour le bec-de-lièvre : c'est là une mauvaise méthode,

(1) Serres, Thèse 1867.

car la cloison étant extrêmement mince, c'était absolument accoler deux feuilles de papier. Il ne faut pas se borner à aviver *la tranche :* l'avivement oblique par de larges surfaces est une conquête de la chirurgie française, dont le promoteur a été Jobert, et qui est aussi bien applicable à la reconstitution de la cloison recto-vaginale qu'à l'opération de la fistule vésico-vaginale. Il est donc indispensable d'effectuer un large avivement oblique de un travers de doigt au moins (sur la muqueuse vaginale), pour que ce soient des surfaces cruentées qui puissent se correspondre : de plus on rejette, par ce moyen, du côté du rectum, une *crête* ou éperon qui empêche les liquides de passer dans la fistule, parce qu'il leur faudrait remonter jusqu'au sommet de cet éperon.

b. Reconstituer le périnée. — M. Richet, à l'exemple de Roux, avive de chaque côté une surface triangulaire sur la muqueuse en haut et en arrière et sur la peau en bas et en avant, et réunit deux à deux ces surfaces opposées.

2° PASSAGE DES FILS. — *a. Pour la cloison.* — En faisant l'avivement précédent (en ce qui concerne la cloison) M. Richet a le soin de ménager sur le bord interne de la solution de continuité et sans l'aviver, un *liséré* constituant la crête précédente qui sera repoussée dans le rectum.

Les aiguilles armées de fil d'argent sont alors passées d'un côté dans la surface cruentée gauche, par exemple (entre elle et le liséré), puis de l'autre côté entre le liséré et la surface avivée droite, en ayant soin de les faire cheminer entre les muqueuses vaginale et rectale, ce dont on s'assure en plaçant un doigt dans le rectum pendant qu'on enfonce horizontalement chacune des aiguilles.

b. Pour le périnée. — Des aiguilles sont passées à travers les surfaces cruentées correspondantes, et le resserrement des fils produit l'adossement de ces surfaces.

M. Richet n'opère que 4 à 6 jours après la fin des menstrues : il prépare la malade par des purgations répétées et entretient la constipation à l'aide de l'opium.

Après l'opération, il rapproche l'une de l'autre jambes et cuisses préalablement fléchies par un coussin qu'il fait maintenir sous le jarret : cathétérisme vésical.

c. POLYPE UTÉRIN. — *Mâchonnement du pédicule avec pinces spéciales.* — La section du pédicule à l'aide de ciseaux courbes est une méthode excellente ; mais parfois suivie, quoique assez rarement, d'hémorrhagie. Si les malades sont déjà affaiblies par des pertes de sang réitérées, il est indiqué de ne pas les exposer, par l'opération,

à une nouvelle hémorrhagie; aussi, depuis les travaux de Levret, a-t-on cherché l'immunité relative de l'ablation de ces tumeurs dans l'emploi de la ligature.

L'écrasement linéaire ou la ligature extemporanée sont également des moyens précieux, mais qui ne peuvent facilement être mis en usage que si le pédicule du fibrôme n'est pas situé à une grande profondeur.

C'est dans le but de parer à ces divers inconvénients que M. Richet a fait construire de fortes *pinces* analogues à de gros ciseaux dont les mors mousses sont munies de dentelures très-fines qui peuvent s'engrener quand les anneaux de la pince se rapprochent et qui sont, grâce à la laxité de l'articulation, animés d'un mouvement de latéralité ou de scie par lequel le pédicule est facilement *mâchonné*.

L'une de ces pinces est courbée sur ses bords, l'autre sur le plat de façon à atteindre le fond de l'utérus si besoin est. L'un ou l'autre de ces instruments, guidé sur l'indicateur de la main gauche, peut se placer aisément sur le pédicule du polype et en opérer la section avec sécurité sans la plus légère hémorrhagie.

f. HÉMORRHAGIE UTÉRINE GRAVE. — *Cautérisations intra-utérines.* — Depuis plus de vingt-cinq ans, M. Richet pratique, dans les cas d'hémorrhagies graves de l'utérus, la cautérisation intra-utérine à l'aide d'une *sonde porte-caustique* construite par Charrière en 1849.

Ce chirurgien regarde ce procédé comme préférable à celui de Récamier qui expose à laisser dans la cavité le crayon de nitrate d'argent, et comme bien moins dangereux que celui du docteur Barnes : ce dernier consiste à se servir d'une seringue remplie d'une solution de *perchlorure de fer* (1/2) et garnie d'un tube de 20 centimètres introduit avec précaution, de façon à injecter le liquide dans l'intérieur de l'utérus, doucement, mais sans interruption.

Il n'aurait en tout cas recours à ce moyen qu'après l'emploi infructueux des autres moyens et en particulier la cautérisation au nitrate d'argent pratiquée avec son porte-caustique.

Quant à la *teinture d'iode*, préconisée dernièrement par le docteur Trask qui prétend qu'elle est aussi efficace et plus sûre que le perchlorure de fer, il ne l'a pas mise en usage et n'a pas d'opinion arrêtée à son égard.

Cette cautérisation intra-utérine avec la solution de nitrate d'argent nous paraîtrait pouvoir s'effectuer avec facilité à l'aide de l'instrument très-simple désigné sous le nom *d'applicateur* par le docteur Woodbury (de Washington) (1).

(1) Woodbury, *De l'application locale d'acide nitrique dans l'endométrite du col*

Ce petit instrument (fig. 8) se compose d'un tube de verre A en S italique, percé à chacun de ses bouts arrondis à la lampe, d'une longueur de 17 à 18 centimètres, et dont le diamètre est réglé de façon à pénétrer aisément dans le col ; l'une des extrémités (utérine) offre une courbure analogue à celle de l'hystéromètre, et à l'autre extrémité (extérieure, libre) est disposée une autre courbure en sens inverse de la première, qui permet au chirurgien d'agir en dehors de l'axe du tube et de n'être aucunement gêné dans ses manœuvres. Un ressort d'acier d'une longueur un peu plus grande que celle du tube traverse sa cavité et se trouve muni à son extrémité utérine d'un tampon de coton C destiné à s'imbiber du liquide caustique, et à son extrémité postérieure ou libre, d'un anneau B que font mouvoir les doigts de l'opérateur.

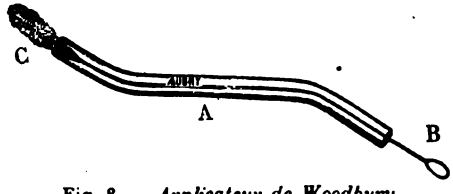


Fig. 8. — *Applicateur de Woodbury.*

M. Blanc, fabricant d'instruments de chirurgie, a remplacé, suivant les indications de M. le docteur A. Leblond, cette tige d'acier par un fil de cuivre recouvert de gutta-percha, de façon à ce que le métal ne puisse être attaqué par les divers liquides employés.

« Voici comment il convient de se servir de cet instrument : la « boulette de coton est imbibée du liquide caustique et elle est ren- « trée dans le tube, qu'elle ne doit pas dépasser ; puis l'extrémité « du tube une fois essuyée avec soin, est introduite à travers un « spéculum jusque dans la cavité utérine. Il est quelquefois néces- « saire d'opérer préalablement une certaine dilatation de l'orifice « du col pour pouvoir laisser passer le tube. Lorsque le tube est « introduit, on pousse doucement la tige de façon à faire saillir la « boulette de coton en dehors du tube, et l'on cautérise la cavité « du col ou du corps suivant les indications à remplir. On voit tout « de suite qu'on peut agir ainsi juste au moment et à l'endroit que « l'on veut. »

g. POLYPES DE L'URÈTHRE (chez la femme). — *Excision suivie de cautérisation.* — Ces petites tumeurs (papillomes) qui sont rarement pédiculées et s'insèrent le plus souvent par une base assez large sur la face inférieure de la muqueuse et près de l'entrée du

et du corps de la matrice (*The american Journal of obstetric*, 1er février 1875; traduit par le Dr A. Leblond, *Annales de Gynécologie*, avril 1875).

canal, donnent lieu fréquemment à des douleurs vives comparables à celle de la fissure, à du ténesme vésical et à une gêne considérable lors des rapports sexuels.

Le traitement avec des mèches intra-vaginales enduites d'*onguent belladoné*, n'est que palliatif et ne produit qu'un soulagement momentané.

M. Richet regarde aussi la *cautérisation* comme un moyen insuffisant : c'est à la *tonsure* ou *excision* que ce chirurgien a recours, en saisissant la petite masse avec des pinces à griffes. Phillips avait fait construire pour enlever ces tumeurs un instrument analogue à l'amygdalotome (le polypotome de Wilde (fig. 9) pourrait aussi servir) parce qu'il croyait à leur pédiculisation, ce qui est une er-

Fig. 9. — *Polypotome de Wilde* (1).

reur selon M. Richet. Après avoir pratiqué l'excision à l'aide de petits ciseaux courbes, il est bon de cautériser la surface de section avec le crayon d'azotate d'argent pour prévenir la repullulation ; une sonde est introduite dans le canal, mais le rétrécissement de l'urèthre n'est pas à craindre.

h. Testicule tuberculeux (caséeux). — *Castration.* — En présence du sarcocèle tuberculeux, le chirurgien, il faut l'avouer, se trouve souvent dans un grand embarras. Doit-il ne faire que de l'expectation ? C'est assez notre avis au moins dans la première période de l'affection et avant le développement des abcès. Doit-il avoir recours à la castration ?

(1) Voy. Service de M. le Dr Terrier.

Ce ne serait, en tout cas, que dans la période ultime, lorsqu'une suppuration abondante et incessamment entretenue aurait détruit le parenchyme du testicule et transformé en un organe complétement inutile, ce ne serait, dis-je, qu'en pareil cas, qu'on pourrait en arriver à cette extrémité.

M. Richet pense que dans bien des exemples de ce genre, réputés testicules tuberculeux, on a plutôt affaire à des suppurations chroniques dont la cause principale réside dans de vieilles blennorrhagies. Il décrit ces formes sous la dénomination de *caséeuses* et paraît incliner, dans la plupart des cas, vers l'opportunité de l'ablation, d'autant plus, dit-il, qu'outre l'inutilité d'un organe détruit par le pus, il y a grand danger, si on laisse persister le foyer, de voir survenir des accidents d'infection, et de laisser se développer, par exemple, la phthisie.

Nous lui avons vu pratiquer, il y a quelque temps dans ces circonstances, la castration chez deux malades, actuellement guéris : sur l'un d'eux, les troubles respiratoires, qui étaient manifestes avant l'opération, semblaient s'être plutôt amendés au bout de quelques mois, au moment de la sortie du malade.

La castration n'en est pas moins une opération grave et qui frappe surtout l'imagination du patient, même lorsque le testicule ne possède plus du tout ses propriétés physiologiques ; aussi Malgaigne avait-il imaginé l'*abrasion* de tous les tissus ulcérés et fongueux, et le professeur Verneuil (1) préfère-t-il la *cautérisation interstitielle*, qui consiste à tarir la suppuration en plongeant dans la masse plusieurs cautères pointus chauffés à blanc.

3° AFFECTIONS DES OS ET DES ARTICULATIONS.

a. LUXATION SCAPULO-HUMÉRALE (ancienne). — *S'abstenir du chloroforme.* — *Taraudage.* — Bien qu'il existe dans la science des observations de réduction de luxation de l'épaule au delà de cette limite, M. Richet pense qu'après 4 ou 5 mois, il ne faut agir qu'avec la plus grande réserve. — Si dans ces cas, les muscles et les parties tendineuses, qui *cravatent* en quelque sorte les os, sont souvent les principaux obstacles à la réduction, ces derniers consistent aussi dans des brides ou capsules fibreuses extrêmement solides, de nouvelle formation, qui maintiennent les extrémités osseuses dans leur position vicieuse.

(1) Voir ce service.

Dans la réduction de ces luxations ou plutôt dans la mise en opposition plus ou moins directe des surfaces articulaires, M. Richet pense qu'il vaut mieux ne pas employer d'efforts trop grands ; il ne fait usage que le moins souvent possible du sommeil anesthésique et pratique le *taraudage*, non pas dans le but de refaire, à proprement parler, une cavité nouvelle, ce qui est une chose bien aléatoire, mais dans celui de refouler les tissus en imprimant des mouvements de rotation répétés qui permettent à la tête de reprendre sa place au niveau ou au-devant de la cavité. Ce n'est pas en un mot tout d'un coup, mais petit à petit, qu'on peut arriver à ce résultat.

Pour vaincre et rompre les brides déjà formées, ces mouvements de rotation et de circumduction ont certainement plus d'effet que la traction directe, avec les moufles, qui exige un déploiement de force beaucoup plus considérable, souvent sans résultat, et qui expose le malade, si la luxation est très-ancienne, à des accidents d'une gravité extrême.

b. Arthrite fongueuse. — *Ignipuncture.* — Depuis quelques années M. Richet emploie cette méthode de *cautérisation interstitielle* qui lui a donné des succès dans bon nombre de cas, et dont les avantages ont été exposés dans la thèse d'un de ses élèves (1).

Voici d'abord quel en est le mode opératoire :

Les petits cautères mis en usage représentent chacun une tige métallique terminée par un manche à l'un de ses bouts; l'autre extrémité (dans l'axe) est renflée en boule, également en métal, sur laquelle se trouve implantée ou vissée une petite pointe (cône pointu) de platine de 3 à 4 centimètres de longueur, dont la partie la plus rapprochée de la boule n'a pas plus de 3 millimètres de largeur. La disposition rectiligne de l'instrument est telle qu'on le pointe et l'enfonce dans les parties malades avec plus de force et de facilité. Cette extrémité étant chauffée au rouge pénètre par sa pointe, brusquement et perpendiculairement, dans la profondeur des tissus fongueux, au milieu des foyers de suppuration, et même au sein des os atteints d'inflammation chronique, puis elle est aussitôt retirée.

Les *avantages immédiats* de cette méthode sont de produire une révulsion presque instantanée extrêmement énergique, de permettre au pus de s'échapper par l'ouverture que laisse le passage du cautère et d'amener une sédation dans l'intensité des douleurs : toute

(1) P. Trapenard, *l'Ignipuncture, de ses différents emplois, de son indication spéciale dans les tumeurs blanches.* Th. inaug. Paris, 1873. — G. Julliard, chirurgien de l'hôpital de Genève, *De l'Ignipuncture avec le cautère électrique* (*Revue de thér. médico-chir.* 15 fév. 1877).

la surface est recouverte soit de compresses humides, soit d'une couche de collodion.

L'effet modificateur consécutif est de déterminer dans tous les points touchés une inflammation substitutive qui a pour résultat la transformation des masses articulaires fongueuses en tissu fibreux résistant concourant à l'ankylose de la jointure. M. Richet emploie aussi conjointement la compression ouatée sur l'articulation qui vient d'être ponctionnée.

De plus, l'ignipuncture a pour avantage, dans certains cas presque désespérés, de ramener la jointure dans des conditions telles qu'on puisse, au lieu d'amputer, pratiquer seulement une résection, comme nous en avons vu un exemple dans le service de ce professeur à l'Hôtel-Dieu : il s'agissait d'une arthrite fongueuse et purulente qui ne laissait guère d'autre alternative que le sacrifice du membre : l'ignipuncture fut pratiquée, les phénomènes inflammatoires si intenses se calmèrent, du tissu inodulaire se forma en grande quantité, mais avec une position vicieuse du genou, et, au lieu d'amputer, il fut possible d'effectuer une résection qui se termina par la guérison.

Toutefois, cette excellente méthode n'est pas exempte de tout danger. Nous l'avons vue échouer entre les mains de M. Richet lui-même. Dans un cas où M. Tillaux (Lariboisière) en fit l'application, les symptômes de suppuration prirent un caractère beaucoup plus grave, et dans un autre du service de M. de St-Germain (hôpital des Enfants malades), l'hémorrhagie, suite des piqûres, fut considérable et ne put s'arrêter qu'avec une compression ouatée énergique.

c. FRACTURES DES MEMBRES. — *Appareil inamovible de stuc.* — L'appareil plâtré simple a rendu et rend encore de très-grands services (surtout en attelles) dans la thérapeutique des fractures, bien qu'on eût pu le croire un instant détrôné par l'appareil silicaté : mais il offre l'inconvénient de n'avoir souvent qu'une faible cohésion et, par conséquent, de se fendre et de tomber en délitescence. Aussi vit-on, il y a une dizaine d'années, divers chirurgiens chercher à le modifier et à le rendre plus parfait. Ainsi, M. Hergott, de Nancy, produisit à la Société de chirurgie des spécimens fort ingénieux d'appareils plâtrés rendus imperméables par le *vernis de résine de copal*. Ces appareils, dont la charpente était faite de vieille toile, pouvaient rester pendant quinze jours dans l'eau tiède sans être pénétrés. D'autre part, M. Langenbeck fit construire des appareils analogues et rendus imperméables au moyen de *résine dissoute dans l'éther*.

M. Richet lui a fait subir aussi une heureuse modification : depuis plus de 20 années il s'est constamment servi, dans le traitement des solutions de continuité, *d'appareils plâtrés en stuc*. Ce qui l'a amené à faire ce choix c'est, outre la grande rapidité avec laquelle le plâtre délite, sa trop rapide solidification qui fait obstacle aux manœuvres du chirurgien. Il a démontré que un gr. de gélatine dissous dans 500 gr. d'eau retarde environ d'une demi-heure la solidification du plâtre et donne, par conséquent, un mélange qui permet d'appliquer l'appareil inamovible sans trop de précipitation, et lui donne un caractère remarquable de résistance, de solidité, de durée et de d'inaltérabilité se prolongeant pendant tout le laps de temps nécessaire à la consolidation de la fracture. De plus, il est léger, propre, commode et enfin économique. Le chirurgien, suivant sa fantaisie et les besoins nécessaires, peut varier la composition du mélange de façon à hâter ou à retarder la solidification du plâtre. — Il n'emploie jamais d'autre appareil inamovible, car il ne pense pas (1) qu'aucun autre remplisse aussi bien toutes les conditions requises pour ces sortes d'appareils.

d. Fracture du maxillaire inférieur. — *Immobilisation des fragments. — Lavages buccaux. — Éviter les accidents de septicémie. — Toniques.*

Rien ne ressemble moins à une fracture du maxillaire inférieur qu'une autre fracture du même os.

Tantôt, en effet, même avec la déchirure de la muqueuse (car ici le caractère *compliqué* ne nous semble pas avoir la gravité qu'elle acquiert pour les fractures des membres), il n'existe que peu de gêne, pas de déplacement (une simple fronde soutenue par quelques tours de bande et des mesures de propreté suffisent) : pas d'accident.

Tantôt il survient des phénomènes locaux et généraux graves (suppuration du foyer ; symptômes d'infection putride aiguë). Bien qu'ils soient assez rares, à notre avis, M. Richet y attache une très-grande importance, car dans sa pratique il en a rencontré un nombre considérable d'exemples, et il trouve l'explication de leur gravité dans la *complication de la déchirure du périoste gingival* donnant lieu à la suppuration sanieuse du foyer qui, par son ingestion, selon ce professeur, provoque une intoxication générale, une forme *de septicé mie aiguë*.

Pour parer à de semblables accidents, voici le traitement qu'il met en pratique :

(1) Richet, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1855.

1° *Immobiliser les fragments.* Ligatures des dents, si c'est possible, avec des fils d'argent. Fronde ou appareil en gutta-percha de Morel-Lavallée.

Cet appareil (fig. 10) qui a rendu des services mais dont l'usage est tombé un peu en désuétude, date de 1855 (1); avant de le confectionner il faut aider à la contention et à la coaptation régulière des fragments en ligaturant les dents; une fois cela obtenu, on prend une tranche de gutta-percha d'environ 0m,05 d'épaisseur que l'on trempe dans de l'eau à 80° (Gaujot et Spillmann), aussitôt qu'elle est amenée à la consistance du mastic on comprime rapidement ses deux extrémités de manière à leur donner la forme d'un cône, afin qu'elles puissent s'engager plus facilement entre les arcades dentaires : on arque légèrement la tranche et on la pose sur le point fracturé. Tandis qu'avec les pouces on soutient le menton, on presse régulièrement de haut en bas sur la tranche avec les doigts, jusqu'à ce qu'on ne soit séparé de la couronne des dents que par une mince couche de substance gommeuse, on rapproche les mâchoires et l'on fait sur le moule des injections d'eau très-froide, ou bien on charge le blessé d'aspirer l'eau à l'aide d'un tube et d'en diriger le courant sur l'appareil; en quelques minutes la gutta-percha a repris sa consistance, on retire le moule que l'on façonne avec un couteau et en lui laissant l'épaisseur nécessaire pour conserver une résistance suffisante (D. E), puis on le place définitivement en pressant assez fortement pour faire pénétrer les dents dans les empreintes correspondantes. L'appareil tient de lui-même et permet la parole et la mastication sans se déranger. S'il est insuffisant à maintenir la fracture, on peut se servir du ressort représenté dans la figure ci-jointe et consistant en une lame d'acier B recourbée à deux extrémités, de manière à suivre les contours de la lèvre et du menton.

Fig. 10. — *Appareil de gutta-percha de Morel-Lavallée pour les fractures de la mâchoire inférieure.*

(1) Morel-Lavallée, *Bull. de l'Acad. méd.* et *Bull. Soc. chir.*, 1859, t. IX, p. 553

L'extrémité supérieure C appuie sur le moule dans lequel elle s'implante par de petites pointes très-courtes. L'extrémité inférieure supporte une petite pelote concave et rembourrée A destinée à loger le menton. Pour adapter au moule l'extrémité du ressort, on la plonge dans l'eau bouillante ou bien on la chauffe en l'approchant d'un charbon ardent ; les petites pointes entrent alors d'elles-mêmes dans la gutta-percha qu'elles ramollissent.

MM. Gaujot et Spillmann décrivent et figurent également (1) un appareil ingénieux, mais plus compliqué, toujours en gutta-percha, et destiné au maintien de la fracture simultanée des deux maxillaires ; voici (fig. 11 et 12) comment ils l'exposent : la difficulté

Fig. 11. — *Appareil de gutta-percha de Morel-Lavallée pour la fracture des deux maxillaires. — Moule de l'arcade dentaire supérieure.*

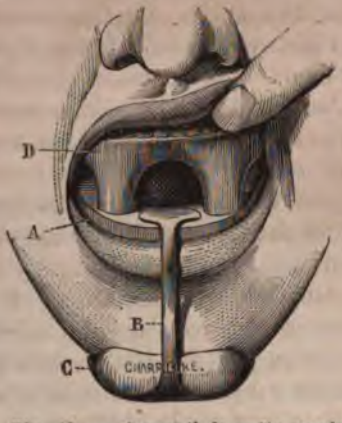


Fig. 12. — *Appareil de gutta-percha de Morel-Lavallée pour la fracture des deux maxillaires. — Disposition des deux moules.*

de la respiration et l'abondance de l'expuition ne permettant pas de maintenir les mâchoires rapprochées, on procède à la confection de deux moules isolés pour chaque maxillaire, comme il vient d'être dit, *moule supérieur*, *moule inférieur ;* Morel-Lavallée prend sur le moule inférieur un point d'appui pour celui de la mâchoire supérieure ; au lieu de comprendre dans un seul et même moule les deux arcades dentaires, il façonne le moule supérieur A de manière à laisser à sa face inférieure deux colonnes de gutta-percha, destinées à s'implanter sur le moule inférieur ; ces deux colonnes

(1) Gaujot et Spillmann, *Arsenal de la Chirurgie contemporaine*. Paris, 1867.

réunies en haut en arc de voûte qui reçoit les dents de la mâchoire supérieure, laissent entre elles une ouverture suffisante pour permettre l'alimentation, la respiration et l'expuition. Le sommet de ces colonnettes n'adhérant point au moule inférieur, on est obligé, pour les consolider, d'enfoncer une épingle chauffée dans l'axe des piliers jusqu'au niveau du point B; chaque épingle, dont la tête a été préalablement enlevée, est ensuite engagée à la manière d'un clou dans le moule inférieur.

2° *Contre les accidents de putridité locaux et généraux.* — Mesures de propreté portées à l'extrême. Lavages fréquents de la bouche avec l'eau alcoolisée ou additionnée d'une petite proportion d'acide phénique. Gargarismes au quinquina. Toniques et alcooliques à l'intérieur. Purgations. Contre-ouverture sus-hyoïdienne, au point le plus déclive, et même drainage pour permettre l'issue à l'extérieur des liquides purulents sanieux et fétides.

L'emploi des *injections chloralées* nous paraît aussi indiqué en pareilles circonstances : elles nous ont rendu service dans un cas de ce genre.

Quant à l'appareil de gutta-percha de Morel-Lavallée, que nous venons de décrire, très-bon lorsqu'il n'existe pas de plaie gingivale, il entretient toujours, quand il y a déchirure de la muqueuse, une sécrétion ichoreuse fétide qu'il est très-difficile de combattre, parce qu'on est gêné par l'appareil lui-même, et nous croyons qu'en pareil cas on peut s'en passer, qu'il y a même intérêt à le faire. L'emploi des *purgations* n'est pas généralement adopté par les autres chefs de services des hôpitaux.

e. LUXATION DU POUCE. — *Difficulté de réduction. — Méthode de circumduction. — Nouvelle pince de M. Farabeuf.* — La luxation en arrière est de beaucoup la moins rare et la facilité de réduction est variable, d'abord suivant l'ancienneté du traumatisme, ensuite suivant que le déplacement est *incomplet* ou *complet.*

Dans la fracture *incomplète*, il y a augmentation du diamètre transversal de l'articulation, mais les os ne se croisent pas ; aussi la réduction est-elle facile : c'est ce qui explique qu'elle passe quelquefois inaperçue. Pour remettre les surfaces articulaires en place, on n'a qu'à saisir le pouce et à presser les saillies en sens inverse.

Il n'en est pas de même des luxations *complètes ;* elles ne sont pas toutefois d'une fréquence très-grande, puisque M. Richet, en 20 années de pratique, n'en a observé que 6 cas. Elles ont toutes ce caractère particulier qu'elles sont très-difficiles à réduire. Si la luxation est récente, il y a certes plus de chance d'arriver au replace-

ment des surfaces articulaires ; mais, parce qu'elle est nouvelle, ce n'est pas une raison pour qu'on réduise toujours avec facilité. Des luxations anciennes (c'est-à-dire datant de 10, 14, 15 jours), il n'existe guère que le cas de Vidal (15 jours), où la réduction ait pu être obtenue : passé ce terme, elles restent irréductibles.

Depuis les travaux de Hey, Dupuytren, etc., les chirurgiens de nos jours, et M. Richet est du nombre, pensent que c'est dans l'anatomie pathologique qu'il faut chercher l'explication de cette difficulté à la réduction. Dans ce cas, en effet, selon ce professeur, on a affaire à une articulation orbiculaire mobile en tous sens, dont la sangle musculo-ligamenteuse soutient la tête du métacarpien en avant, et c'est bien cette sangle qui, emportée en arrière, vient coiffer la tête métacarpienne; cette dernière passant au-dessous et à travers les deux faisceaux du court fléchisseur, le tendon du long fléchisseur se porte généralement en dedans.

Cette expression d'*articulation orbiculaire, mobile en tous sens*, employée du reste par tous les chirurgiens et les anatomistes de notre époque, ne nous semble pas rigoureusement exacte (1). Voici comment nous nous sommes exprimé ailleurs : « Jusqu'ici les auteurs « ont toujours considéré l'articulation métacarpo-phalangienne du « pouce, à l'exemple des autres articulations métacarpo-phalan- « giennes, comme une condylarthrose (tête ou condyle reçus dans « une cavité elliptique, 4 mouvements), seulement ces mêmes au- « teurs ajoutaient comme éléments accessoires, deux os sésamoïdes. « — Nous croyons, au contraire (et l'évidence est bien plus grande « pour le pied que pour la main), que les deux sésamoïdes du pouce « sont appelés à jouer un rôle beaucoup plus important que celui « qui leur a été dévolu jusqu'à présent. Réunis à la première pha- « lange, ils constituent une cavité de réception, que nous appelle- « rons *appareil phalango- ou glénoïdo-sésamoïdien*, destinée à la tête « du métacarpien; nous espérons démontrer que cette *articulation* « *complexe métacarpo-phalango-sésamoïdienne* présentant dans son « ensemble les caractères d'engrènement réciproque et ne jouissant « en réalité que de deux mouvements, doit revendiquer sa place par- « mi les articulations TROCHLÉENNES OU GINGLYMES. » — Et plus loin : « La description des surfaces articulaires de la tête du métacarpien « et de l'appareil phalango-sésamoïdien, l'enchevêtrement récipro- « que de ces surfaces nous permettent de regarder définitivement

(1) Gillette, *Étude sur les os sésamoïdes chez l'homme* (*Journal de l'anatomie et de la physiologie* de M. Ch. Robin, septembre 1872).

« cette articulation comme *bi-trochléenne* ou *bi-ginglymoïdale.* »

De plus nous ajoutions, à propos de la *pathologie des sésamoïdes :* « Dans les cas de *luxation traumatique* de la première phalange du « pouce, les os sésamoïdes suivent le déplacement de cette phalange « en arrière de la tête du métacarpien : on a par conséquent affaire « non pas simplement à la luxation de la phalange, mais au dépla- « cement complexe de tout l'appareil phalango-sésamoïdien, la dé- « nomination qu'il faut donner à ces sortes de luxation ne doit « donc pas être seulement : luxation de la première phalange, mais « bien : *luxation phalango-sésamoïdienne* du pouce. »

Dans la réduction de ces luxations du pouce en arrière, cinq méthodes sont en présence : les quatre premières sont dites *violentes*, la dernière est une méthode *de douceur*. Voici quelle est l'opinion de M. Richet sur chacune de ces méthodes.

1° *Traction directe.* — Elle est très-difficile à mettre en pratique : le pouce n'offre pas en effet une prise considérable en raison de sa petitesse, de plus il est encore raccourci par le traumatisme lui-même ; aussi, pour le saisir solidement, a-t-on employé le nœud d'emballeur, celui du matelot, la pince à lanière de cuir à levier assez long (système Charrière, 1837), (fig. 13), le système de la clef, pince Stromeyer et ses modifications, pince (fig. 14) à anneau de cuir de Collin, de Lustreman, à courroie, etc., etc.

La contre-extension était pratiquée par A. Cooper sur le premier espace interosseux, ce qui forçait les muscles à se contracter, et, par conséquent, constituait un obstacle à la réduction : de plus ce point d'appui n'est pas suffisant, c'est sur le poignet qu'il faut le prendre. En somme, pour M. Richet cette méthode de traction directe est mauvaise, car plus on tire, plus on tend les muscles et la sangle; il faudrait produire une rupture pour faire repasser la tête à sa place.

2° *Impulsion directe.* — Quoique la jugeant meilleure, ce chirurgien la regarde encore comme bien imparfaite. Elle consiste à repousser la phalange en la faisant glisser sur le métacarpien. Dans cette manœuvre, il faut se rappeler que c'est la phalange que l'on doit chercher à mouvoir, et on ne doit pas s'épuiser en efforts inutiles sur la tête du métacarpien qui, lui, ne peut être considéré comme luxé : ce dernier os n'a pas bougé, c'est la phalange qui s'est déplacée et sur l'extrémité supérieure de laquelle on doit fortement appuyer deux doigts pour repousser cette phalange en haut et en avant, M. Richet pense qu'il vaut mieux combiner ensemble la traction et l'impulsion.

3° *Impulsion et flexion.* — Cette troisième méthode est encore plus facile à décrire qu'à mettre à exécution, car la sangle musculo-ligamenteuse est là qui s'interpose entre les deux surfaces articu-

Fig. 13. — *Pince de Charrière pour la réduction de la luxation des doigts.*

laires. Pour la pratiquer, on saisit le pouce avec des pinces *ad hoc* et on le fléchit en avant, dans ce mouvement de bascule, la phalange prend un point d'appui sur la tête du métacarpien (levier du

Fig. 14. — *Pince de Robert et Collin pour la réduction de la luxation des doigts.*

deuxième genre), et quand on a fait cesser peu à peu le croisement, on imprime à la phalange un mouvement d'impulsion qui lui permet de repasser en avant.

4° *Extension forcée.* — Méthode meilleure. Le pouce est saisi soit avec les doigts, soit avec une pince prenante quelconque (de Robert, de Charrière, etc.), et renversé violemment en arrière et à angle droit ; on fait éprouver un mouvement de glissement en avant, puis on fléchit brusquement.

5° La dernière méthode ou de *circumduction* préconisée par Roux est, selon M. Richet, la plus rationnelle et celle qu'il préfère de beaucoup, car elle lui a réussi dans certains cas où les autres avaient complétement échoué ; par cette méthode, qui consiste à porter le pouce alternativement en dehors et en dedans en lui faisant décrire un cercle, on ne cherche pas à triompher brutalement de l'obstacle,

mais on tâtonne et avec de la patience on arrive à faire repasser la tête de la phalange à travers la boutonnière. Dans deux cas où M. Richet avait appliqué les méthodes précédentes, même avec chloroformisation, et sans aucun résultat, ce chirurgien allait renoncer quand il essaya la circumduction, et il eut le bonheur de réussir.

La ténotomie ne lui paraît pas indiquée, car elle est trop incertaine ; d'autre part, quand on a tenté et tenté encore toutes les méthodes qui viennent d'être passées en revue, il ne faut pas s'acharner à vouloir réduire quand même, car à la suite de tractions trop soutenues et trop prolongées, il peut survenir des accidents fort sérieux : on cite un cas d'arrachement du pouce, dans un autre exemple dû à Dupuytren, il survint un phlegmon si grave qu'il fallut pratiquer l'amputation de l'avant-bras à la suite de laquelle le malade mourut. D'ailleurs les personnes atteintes de luxation du pouce non réduite recouvrent des mouvements plus ou moins étendus et suffisants pour leur permettre de se servir assez utilement de ce doigt.

La raison pour laquelle on échoue souvent dans les tentatives de réduction de ces sortes de traumatisme, est qu'on manque de prise sur un appendice aussi court que le pouce, et que les diverses pinces construites glissent sur les tissus et n'atteignent pas le but qu'on se propose.

M. Richet a présenté tout récemment, à l'Académie de médecine, une nouvelle pince bien simple et fort ingénieuse imaginée par M. le docteur Farabeuf, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

C'est un davier solide (fig. 15), à branches très-longues, qui em-

Fig. 15. — *Pince de Farabeuf.*

brasse le doigt de la même façon que la pince porte abat-jour le fait pour la bougie où elle se trouve placée : les mors représentent deux surfaces concaves, également métalliques, recouvertes par un revê-

tement de caoutchouc pour ne pas blesser les téguments, disposées à peu près perpendiculairement sur l'extrémité de l'instrument et destinées à saisir solidement et comme dans un étau la phalange luxée.

Une fois embrassée par cet anneau métallique, cette phalange ne peut glisser, et il est facile de lui imprimer, sans crainte de lâcher prise, tel mouvement que l'on veut. Voici maintenant quel est le maniement de cette pince, et sur quels principes M. Farabeuf se fonde, pour opérer, à l'aide de son instrument, la réduction de cette variété de luxation : c'est l'inventeur lui-même qui a eu l'obligeance de nous communiquer ces détails (1).

Et d'abord, après avoir produit plus de 40 luxations de ce genre sur le cadavre et en avoir observé 4 sur le vivant, dont 2 avec le plus grand soin (dans les services de M. Dolbeau et de M. Péan), M. Farabeuf reste convaincu que l'irréductibilité, lorsqu'elle existe, tient à la résistance des parties fibreuses et à l'*interposition du ligament gléno-sésamoïdien* et nullement à la boutonnière musculaire.

C'est là un avis que nous partageons absolument, comme le prouvent ces quelques lignes que nous écrivions en 1872 (2) : « La diffi-« culté de la réduction de ces sortes de déplacements peut être due *au « moins autant* à la présence des os sésamoïdes déplacés qu'à l'étran-« glement de la tête du métacarpien dans la boutonnière formée par « les deux portions du court fléchisseur. En effet, ces os, passant « en arrière avec le ligament fibro-cartilagineux, dont ils font par-« tie, sont des portions osseuses dont il n'est pas du tout commode, « par les moyens que nous avons à notre disposition, de favoriser « le retour dans leur position normale, c'est-à-dire au niveau de « l'articulation bi-trochléenne du métacarpien..... Cette difficulté « de réduction est singulièrement augmentée *par la présence, dans « ce ligament antérieur, des os sésamoïdes dont la position vicieuse est « maintenue d'une façon énergique par la contraction des deux faisceaux « du fléchisseur*. »

Quand on renverse le pouce d'un cadavre, dit M. Farabeuf, on produit une déchirure partielle du muscle court fléchisseur, une rupture du ligament latéral externe presque toujours et un renversement du pouce en Z. C'est la *luxation au 1er degré* ou *luxation vierge de tout traitement*. Cette variété est facile à réduire par la propulsion en avant en saisissant avec les pinces précédentes la pha-

(1) *Bull. Soc. chir.*, 12 janvier 1876.
(2) *Loc. cit.*

lange de façon à ce qu'elle soit presque perpendiculaire à la tête du métacarpien et en la faisant glisser en avant sur cette dernière dans un plan horizontal. Un point capital est de ne pas ramener le pouce dans la rectitude, mais il est nécessaire, le métacarpien étant fixé et contre-étendu, d'agir de manière à amener la base de la phalange (et devant elle le sésamoïde), d'avant en arrière, puis de fléchir seulement alors. Pourquoi ne faut-il pas fléchir tout de suite et tirer dans l'axe? Pour deux raisons : 1° le ligament latéral non déchiré, l'interne ordinairement, se tend par l'abaissement de la phalange et résiste énergiquement, tandis qu'il est relâché dans la position en Z et laisse la phalange plus libre de reprendre sa place.

2° Voici ce qui se passe quand la luxation est arrivée d'emblée à son 2e *degré* ou que le chirurgien a tiré sur le pouce en l'abaissant : les os sésamoïdes ou mieux l'externe, qui est seul en cause, *se retourne de façon à ce que sa face cartilagineuse regarde en l'air*. Or, tandis que la 1re *variété* n'exige qu'une propulsion ayant pour effet de permettre à la phalange de chasser le sésamoïde devant elle, comme on chasse une pierre avec le pied, la 2e *variété* ne peut être réduite qu'à la condition que le bord postérieur du ligament glénosésamoïdien soit ramené considérablement en avant (6 millim. et plus) près de l'extrémité de la tête métacarpienne, pour pouvoir reprendre sa place *sous* cette tête.

M. Farabeuf établit qu'il est possible de ramener une luxation récente de la 2e *variété* (os sésamoïde à surface articulaire retournée) à la 1re (os sésamoïde à surface articulaire dirigée en bas), puis de la réduire, comme il vient d'être dit, par simple propulsion horizontale : mais il croit qu'il est généralement impossible de réduire la 2e *variété* et même le 1er *degré complet* par la traction simple et pense en connaître la raison : ainsi dans le cas observé par lui dans le service de M. Dolbeau (2e *variété*), on échoua même avec les plus violentes tractions et avec l'emploi du chloroforme : huit jours après on pratiqua la section complète sous-cutanée de tous les tissus en dehors : les tractions ne réussirent pas davantage, nouvelle section en dehors, nouvel échec des tractions. C'est alors que M. Farabeuf, saisissant le pouce dans sa pince et l'instrument à pleine main, put réduire en quelques instants *en relevant* le pouce et en lui imprimant un mouvement de glissement en avant. Certes, dans ce cas il ne croit pas que la section pratiquée par M. Dolbeau ait nui à la réduction, mais il est sûr que c'était le *ligament interne* persistant qui empêchait la réduction, ligament qui se tend quand

on abaisse le pouce et se relâche quand on redresse ce dernier, et dont il faut obtenir la déchirure ou provoquer le relâchement.

La preuve de ce qu'il avance lui a été encore fournie par un cas observé dans le service de M. Péan. Dans cet exemple le pouce se mouvait comme un tiroir sur le métacarpien, mais dans une étendue bien insuffisante pour que la réduction s'obtînt, et M. Farabeuf a pu se rendre un compte exact du lieu de la résistance, qui était précisément le point où s'attache le ligament latéral interne et autour duquel, comme centre, le pouce pouvait être balancé comme un pendule. Cette luxation était ancienne, le pouce ne pouvait être facilement redressé : il annonça l'échec des tractions tant que le ligament latéral interne ne serait pas rompu. Après des tractions énergiques qu'il n'était possible de faire malheureusement que dans l'axe et qui furent sans succès, M. Farabeuf saisit le pouce dans la main droite et, le renversant en dehors, il rompit à petits coups le ligament interne (comme il a appris à le faire sur le cadavre) : il lui devint possible alors de redresser le pouce et d'exercer dessus des tractions en tenant la pince redressée et à pleine main, pendant que M. Péan se chargeait de la coaptation. Il était quasi évident, dans l'exemple actuel, qu'on avait pu réussir à faire repasser sous la tête métacarpienne la sangle sésamoïdienne grâce au mode de traction propulsive, et surtout grâce à la rupture du ligament latéral interne. La force déployée fut du reste peu considérable et ne dépassa pas 38 kilogrammes.

f. Luxation de la hanche (compliquée de fracture du sourcil cotyloïdien). — *Maintien de la tête au point opposé à sa sortie.* — Cette complication est heureusement fort rare et on n'en a vu qu'un nombre de cas très-limité. Le signe pathognomonique qui suffit à caractériser cette lésion est la récidive du déplacement lorsqu'on est parvenu à réduire la tête sans trop de résistance. On éprouve une très-grande difficulté à lutter contre la reproduction du déplacement : ainsi, d'après M. Richet, l'*extension permanente* ne donne aucun résultat satisfaisant : on n'est guère plus heureux en essayant l'*extension combinée avec une pression directe* exercée sur le grand trochanter à l'aide d'une large ceinture, comme l'avaient proposé Smith et Togood.

M. Richet pense que le meilleur moyen (qui cependant est bien loin d'être infaillible) est d'employer le procédé qui a été décrit par M. Maisonneuve en 1862 à la Société de chirurgie : il consiste, une fois la réduction de la luxation obtenue par les manœuvres habituelles, à porter le membre inférieur dans une direction opposée à

celle par où s'est produite la sortie de la tête et à la maintenir dans cette situation.

Si on a affaire, par exemple, à la variété ischiatique ou iliaque, la cuisse sera mise dans l'abduction, qui est la position dans laquelle la tête osseuse presse et appuie sur le point opposé à celui où existe la fracture. Ce chirurgien cependant ne compte pas sur ce moyen d'un façon trop absolue.

g. LUXATION DE L'ÉPAULE (compliquée de fracture de l'humérus). — *Possibilité de réduire la luxation.* — Dans le traitement de ce double traumatisme, bon nombre de chirurgiens ne se préoccupent pas de la luxation et n'ont en vue que la fracture, car on ne peut guère songer à réduire la tête humérale en exerçant des tractions sur le fragment inférieur. Ils ne cherchent à remédier au déplacement qu'après la consolidation de la solution de continuité, ce qui est inefficace (ces tentatives n'aboutissent à rien) ou bien même préjudiciable, car les tractions peuvent parfaitement rompre un cal qui n'offre pas une solidité suffisante.

M. Richet pense que l'on peut, séance tenante, agir d'une façon directe sur la tête humérale en ayant soin d'employer l'anesthésie complète (condition qui est indispensable au succès de cette tentative). Une fois la réduction opérée, il traite la fracture par les moyens ordinaires.

La *possibilité* de cette réduction immédiate est également applicable aux luxations de la tête fémorale se compliquant de fracture du même os (1).

h. ANKYLOSE TEMPORO-MAXILLAIRE. — *Section sous-périostée du col de la mâchoire.* — Si l'ankylose est incomplète, il essaye d'écarter graduellement les mâchoires à l'aide de cônes de plus en plus volumineux; si elle est complète, il opère la section *sous-périostée* du col du maxillaire inférieur dans le but d'établir une fausse articulation, dont la constitution est favorisée par la conservation du périoste qu'il a le soin de ménager dans cette section osseuse.

i. PLAIES ARTICULAIRES (armes à feu). — *Temporisation.* — *Drainage* (en cas de suppuration). — M. Richet croit que dans les blessures de ce genre il ne faut pas se hâter d'avoir recours au sacrifice du membre. Nous avons vu du reste et bien d'autres aussi, pendant la dernière guerre, des guérisons à la suite de pénétration du ge-

(1) Consulter Dr Terrillon, *Du rôle de l'action musculaire dans les luxations traumatiques.* Thèse d'agrég., Paris, 1875; Dr A. H. Marchand, *Des accidents qui peuvent compliquer la réduction des luxations traumatiques.* Thèse d'agrég., Paris, 1875.

nou par une balle. L'observation clinique par conséquent donne raison, jusqu'à un certain point, à la temporisation.

La conduite à tenir est de placer le membre dans l'*immobilité* la plus absolue, de répéter les émissions sanguines locales et même générales, et de recouvrir l'articulation de fomentations émollientes. Ce chirurgien ne serait pas d'avis de recourir, au moins d'une façon primitive, à la résection articulaire : si la suppuration arrive, le mieux est d'*inciser largement* ou de pratiquer le drainage pour empêcher les liquides de stagner dans l'articulation ; enfin de pratiquer l'amputation consécutive.

j. Corps étrangers articulaires. — *Méthode sous-cutanée de Goyrand.* — Une fois ce corps fixé soit simplement avec les doigts, soit avec un poinçon comme le voulait Follin, on pratique une incision cutanée par où on glisse un ténotome qui va diviser la synoviale sur le corps étranger, loin de la plaie tégumentaire : ce dernier est alors propulsé par pression dans le tissu cellulaire sous-cutané où on l'abandonne pendant un temps suffisant à la cicatrisation de l'ouverture synoviale : ce n'est qu'alors qu'on peut en faire l'extraction impunément.

Il n'est pas rare de voir ces corps étrangers, quand ils affectent cette nouvelle situation, diminuer spontanément de volume. Dans un cas même, M. Richet au bout de cinq mois n'en a plus trouvé aucune trace.

4° AFFECTIONS DES LÈVRES ET DES MACHOIRES.

a. Anthrax des lèvres. — *Incision précoce.* — M. Richet est tout à fait ennemi, en pareil cas, de la temporisation, car l'anthrax des lèvres peut, dans un laps de temps assez court, prendre un caractère de malignité bien grave. Il les ouvre de bonne heure, largement et profondément. Il imite en cela la pratique de Nélaton, qui voulait qu'à l'aide d'incisions multiples et profondes on convertît la masse en une sorte de *tulipe*.

b. Epithelioma de la lèvre inférieure. — *Ablation.* — Le cancroïde procédant de l'extérieur à l'intérieur et n'étant pas, selon lui, comme le cancer proprement dit, une affection primitivement interne, M. Richet opère même lorsqu'il existe un ganglion. Double incision en V de façon à aller profondément et à enlever le plus de lymphatiques possible. — Ablation du ganglion sous-maxillaire par incision au niveau du bord marginal de l'os.

c. Kyste folliculo-dentaire. — (*Mâchoire inférieure.*) — *Exci-*

sion de la paroi. — Cette variété de kyste décrite pour la première fois par Dupuytren, qui n'en avait pas toutefois élucidé la cause, a été étudiée depuis quelques années par A. Forget et d'autres observateurs qui lui ont attribué plus ou moins comme origine l'évolution dentaire. C'est un kyste (coque osseuse, coque membraneuse, liquide filant, jaunâtre, avec paillettes micacées de cholestérine, souvent liquide muqueux, brun, jaune-miel) développé aux dépens d'un bulbe dont le sac, au lieu de sécréter de l'osséine, donne lieu à du liquide remplissant une cavité tapissée d'une membrane muqueuse veloutée où l'on trouve souvent, par le toucher, une couronne dentaire. Si on laisse ces kystes à eux-mêmes, ils finissent par s'ouvrir à l'extérieur et donnent lieu à des fistules interminables fournissant une suppuration fétide.

Opérer par la muqueuse buccale : la *ponction* simple ne réussit pas, non plus que l'*injection*, qui ne peut modifier la membrane interne de ce kyste. De plus, la coque osseuse ne peut disparaître ou au moins ses parois ne peuvent revenir sur elles-mêmes qu'avec le temps, c'est-à-dire par une suppuration prolongée, aussi faut-il les traiter soit par le drainage, soit mieux par excision de la paroi ; on fait d'abord une ponction, puis à l'aide d'un bistouri en serpette on excise en ovale la paroi antérieure du kyste : on cautérise avec le nitrate d'argent, puis on introduit profondément dans la cavité une mèche de charpie qui y détermine la suppuration. Si ce kyste siége en arrière, les contractions du masséter peuvent aider à vider la poche de son contenu.

5° AFFECTIONS DE LA BOUCHE, DE L'ŒSOPHAGE, DU COU.

a. Lymphadenome du cou. Hypertrophie ganglionnaire. — *Ablation.* — Au début le traitement médical (teinture d'iode, iodure de potassium) peut avoir un bon résultat : mais quand l'affection en est arrivée à l'état phymatoïde, il n'y a que le chirurgien qui puisse en débarrasser le malade. M. Richet préfère l'*ablation* à l'emploi de l'*électricité*, des *injections substitutives* de teinture d'iode (Luton de Reims) (1) et de l'*acupuncture*. Il fait avec le bistouri une incision demi-circulaire, donnant lieu plus tard à une cicatrice cachée sous le maxillaire inférieur dans le pli sus-hyoïdien : il pratique ensuite la dissection superficielle, puis la dissection profonde, en ayant soin de laisser continuellement le tranchant sur la tumeur et le dos du

(1) A. Luton, *Traité des injections sous-cutanées à effet local.* Paris, 1875.

bistouri tourné vers les organes importants : il ne faut pas arracher, mais disséquer jusqu'au bout, car s'il existait un prolongement soit du côté de la langue, soit du côté du pharynx et si on procédait par arrachement, on donnerait lieu ultérieurement à des suppurations profondes graves. — Ce moyen est plus radical et débarrasse bien mieux les malades que la *cautérisation*, susceptible de donner lieu à des difformités plus manifestes, et que le *broiement* qui, tout en provoquant la fonte hâtive de la tumeur, laisse toujours la coque, point de départ d'une suppuration interminable. M. Richet ne considère pas cette opération comme d'une gravité excessive, c'est en quelque sorte un corps étranger dont on débarrasse l'économie.

b. GRENOUILLETTE. — *Séton. — Excision suivie de cautérisation.* — Le *séton*, préconisé par Laugier, est un procédé tout à fait inoffensif, mais souvent insuffisant et qui nécessite qu'on réapplique plusieurs fois le fil sans cependant obtenir toujours le résultat désiré. — Il en est de même de la ponction suivie de l'injection iodée ou vineuse.

M. Richet préfère, comme la plupart de nos chirurgiens modernes, l'excision d'un segment de la poche, qu'il fait suivre immédiatement de la cautérisation de la paroi interne du kyste ; il renouvelle cette dernière pendant plusieurs jours.

c. ÉPITHÉLIOMA DE LA LANGUE. — *Chlorate de potasse. — Ligature.* — M. Richet a été un des premiers à vanter l'emploi du *chlorate de potasse* contre certaines ulcérations de mauvaise nature de la langue. — Lorsque ce moyen échoue, il pratique l'extirpation de la tumeur de la manière suivante : il passe à la base de la tumeur deux aiguilles courbes en croix en ayant soin de dépasser la limite du mal ; puis il entoure la masse morbide par un fil solide du serre-nœud qu'il place au-dessous des aiguilles : la mortification ne se fait pas longtemps attendre.

Dans les épithéliomas du plancher de la bouche, situés à la région antérieure et adhérents au maxillaire, il pratique la résection de la partie moyenne de l'os à l'aide d'un double trait de scie à chaîne. Dans ces cas où, après la section osseuse, on rapproche les deux moitiés du maxillaire, il a signalé le *refoulement de la langue en arrière*.

Ce refoulement, qu'il distingue de la rétraction de la langue en arrière par action musculaire, résulte, selon lui, du rétrécissement subi par l'espace parabolique dans lequel se trouve moulé l'organe. C'est là un accident qui peut aller jusqu'à une véritable asphyxie par le fait de l'occlusion du larynx recouvert par la langue chassée en arrière : pour la faire cesser, il suffit de relâcher les moyens

d'union qui maintiennent le rapprochement des os et des parties molles.

d. PERFORATION DE LA VOUTE PALATINE. — *Uranoplastie. — Procédé de Baizeau et de Langenbeck.* — Le procédé à *double pont* de M. Baizeau est regardé par ce chirurgien comme le meilleur de tous. En taillant les deux lambeaux latéraux, il a grand soin de faire porter les incisions externes très-près des arcades dentaires, puis à l'aide d'une spatule et suivant le conseil donné par Langenbeck, il râcle la voûte palatine et enlève le périoste.

Dans ce temps, qui est le seul un peu difficile pour le chirurgien et le plus douloureux pour le malade, on rencontre les nombreuses aspérités naturelles à la voûte que l'on détache par le râclage et qu'on laisse attachées à la face profonde du lambeau.

On voit que c'est là une véritable ostéoplastie, et pourtant il n'y a pas toujours reproduction osseuse ou persistance de la portion osseuse reproduite, cette dernière se résorbant parfois ultérieurement: le plus souvent il existe au lieu de tissu osseux une masse fibreuse dure qui remplit l'orifice et suffit à une guérison entière et durable.

Nous avons vu M. Richet opérer avec succès deux malades par ce procédé, l'un à l'hôpital des Cliniques, l'autre à l'Hôtel-Dieu. — Dans un autre cas rapporté par lui (1) en 1862, le succès était tellement complet qu'on ne pouvait s'apercevoir ni de la perforation, ni des incisions ni des surfaces dénudées.

Dans ce bel exemple, les deux lambeaux, après le décollement, se rapprochèrent spontanément et tellement bien qu'ils se touchaient en quelque sorte par leurs bords internes. M. Richet n'en a pas moins passé trois fils pour les maintenir au contact: le lendemain la réunion était parfaite, non-seulement par le bord, mais encore au niveau des arcades dentaires : il semblait que les lambeaux s'étaient étalés pour recouvrir une plus large surface.

Les lambeaux que l'on produit dans cette excellente opération sont épais, bien nourris, non exposés à la gangrène, pourvu, comme l'a indiqué M. Tillaux (2), qu'on se reporte très en dehors et tout près du rebord dentaire afin de comprendre dans leur épaisseur l'artère palatine postérieure. Dans un cas qui est dû à M. Legouest, une hémorrhagie eut lieu et put s'arrêter par l'application de morceaux de glace sur la voûte du palais.

e. RÉTRÉCISSEMENT FIBREUX DE L'ŒSOPHAGE. — *Bougies œsopha-*

(1) Richet, *Bull. de la Société de chirurgie*, 1862.
(2) Voir ce service.

giennes plombées. — Les *boules* d'ivoire ou de métal employées communément dans le traitement des rétrécissements de l'œsophage, malgré leur série de numéros de plus en plus volumineux, ne dilatent pas toujours le conduit d'un façon aussi graduée qu'on peut l'espérer.

M. Richet leur substitue, dans bien des cas, les *longues bougies*, de divers calibres, qu'il a fait construire pour cet usage et qui sont lestées à l'intérieur avec du plomb, de façon à leur permettre de descendre par leur propre poids dans le conduit œsophagien. Chacune d'elles porte en bas un renflement olivaire, l'autre extrémité est vissée à un mandrin terminé par un anneau qui permet de manier l'instrument avec commodité.

Ce chirurgien n'a pas encore expérimenté le procédé que M. Chassaigny a exposé tout récemment à la Société de chirurgie (1) et qui consiste à remplacer, dans le cathétérisme œsophagien, les olives d'ivoire par des boules également d'ivoire ou de métal, mais *plates* (*gourmettes flexibles*).

L'usage de boules arrondies (fig. 16) a paru à ce dernier expérimentateur occasionner parfois une douleur assez vive et provoquer des efforts de vomissement fort pénibles; les boules plates, au contraire (même celles qui possèdent un diamètre transversal plus considérable que celui des rondes) dépriment facilement et sans souffrance le conduit œsophagien et constitueraient, par conséquent, un moyen de dilatation plus efficace et qui serait bien mieux toléré par les malades.

Ce qu'il faut éviter, avant tout, dans ce cathétérisme, c'est de dilater ou comprimer dans le sens antéro-postérieur pour que le larynx et la trachée ne soient pas mis en cause.

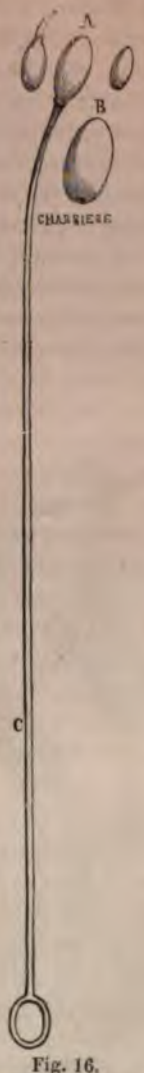


Fig. 16.
Boules d'ivoire vissées sur une tige d'argent.

f. Plaie pénétrante du cou. — *Suture des deux bouts trachéaux*. — *Tubes articulés dans la trachée*. — Si la trachée est sectionnée seule-

(1) F. Guyon, Rapport. *Bull. de la Soc. de chir.*, 25 avril 1877.

ment dans une partie de son étendue, on parvient par la flexion forcée du cou, et, s'il est besoin, par l'apposition de quelques points de suture sur les lèvres des deux bouts, à combattre l'asphyxie et à rétablir la continuité du calibre trachéal. Mais la section du conduit aérien est-elle complète, les difficultés sont beaucoup plus grandes, le bout inférieur détaché des tissus voisins se rétracte avec force en bas derrière le sternum, et il n'est pas aisé d'aller le saisir pour le suturer avec le bout laryngien.

Dans le cas même où l'on peut réussir à réunir les deux extrémités du conduit, il est à craindre que les sutures déchirent les cerceaux cartilagineux et que le bout inférieur, se rétractant à nouveau, ne détermine une suffocation imminente; que faire en pareille circonstance?

Dans un cas (1) pour remédier aux accidents d'asphyxie si pressants, M. Richet fit construire un appareil composé de *deux tubes articulés* et pouvant s'emboîter exactement; il plaça l'un d'eux dans le bout inférieur et l'autre dans le bout supérieur de la trachée de façon à combler les 7 *centim. d'écartement* qui existaient entre les deux extrémités du conduit aérien : ces deux tubes s'ouvraient à l'extérieur par un orifice muni d'une soupape, de sorte que la respiration s'effectuait de la façon suivante :

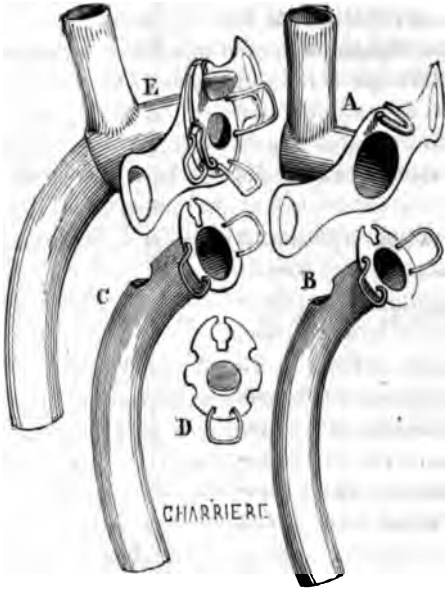


Fig. 17. — *Canule de Richet.*

Dans le mouvement d'inspiration, l'air pénétrait librement par la bouche et par l'orifice commun que présentaient ces deux tubes emboîtés et qui était situé à la partie antérieure du cou; dans l'expiration, au contraire, la soupape se fermant, l'air pouvait s'échapper par le larynx, ce qui laissait au malade la faculté de parler : dix ans après,

(1) Richet, *Bull. de la Soc. de chir.*, t. V, p. 236.

le malade vivait et respirait aussi bien que s'il avait possédé une trachée naturelle.

Dans cet ingénieux appareil (fig. 17), une pièce A est muni d'un tube vertical rétablissant la continuité des voies aériennes : dans cette première pièce vient s'engager une canule externe de forme ordinaire présentant au niveau de la partie supérieure de sa convexité un orifice C en rapport avec la lumière du tube vertical : cette canule externe est de son côté parcourue par une seconde canule interne munie également d'un orifice B. Ce système, dont l'assemblage est représenté en E, est pourvu d'une soupape D.

f. Tumeurs du cou. — *Peu partisan des ligatures d'artères du cou préalables.* — M. Richet ne croit pas que la ligature préalable des grosses artères, pour l'ablation des tumeurs du cou, doive être adoptée en principe.

Il ne concevrait guère ces ligatures préalables :

1° Que pour les tumeurs cancéreuses qui enveloppent et absorbent en totalité les vaisseaux cervicaux dans leur épaisseur;

2° Que pour les tumeurs parotidiennes, parce que l'hémorrhagie produite par la lésion de l'artère carotide interne peut être fatale : dans ce dernier cas, il préférerait même s'abstenir de toute tentative opératoire. De plus, dans la ligature préalable de la carotide externe le fil étreint souvent le vaisseau au delà de la naissance de la linguale et de la thyroïdienne supérieure et, par conséquent, on court risque de n'avoir apporté qu'un obstacle illusoire à l'hémorrhagie.

6° AFFECTIONS KYSTIQUES.

a. Ganglion ou kyste synovial du poignet (face dorsale). — *Scarification.* — Dans ces sortes de tumeurs, la *ponction* est toujours insuffisante et bien souvent l'*écrasement* ne peut être effectué ou il est suivi de récidive. M. Richet préfère de beaucoup le procédé dit par *scarification* : une lame très-étroite est introduite (façon sous-cutanée) dans la poche et la divise dans le sens antéro-postérieur, puis circulairement : le liquide contenu dans le kyste se répand alors dans le tissu cellulaire périphérique.

Ces scarifications doivent surtout être effectuées longitudinalement et non suivant la direction transversale pour éviter de sectionner en même temps des filets nerveux, ce qui déterminerait une anesthésie partielle des téguments.

A l'aide de cette opération, qui est du reste très-simple et pratiquée aujourd'hui par bien des chirurgiens depuis que Marchal de

Calvi (1) a appelé l'attention sur elle, il se fait une sécrétion plastique qui favorise le recollement des deux parois du kyste. Elle a constamment réussi entre les mains de M. Richet.

b. KYSTE SÉBACÉ DU CUIR CHEVELU. — *Injection interstitielle au chlorure de zinc.* — M. Richet a essayé depuis 1869 avec assez d'avantage l'usage du chlorure de zinc liquide injecté au centre de loupes du cuir chevelu (2), la mortification a lieu peu à peu et la tumeur est rendue plus facilement énucléable. Il se sert, à cet effet, de la seringue d'Anel qui lui permet de pousser au centre de la masse de 1 à 4 gouttes du liquide constitué par la déliquescence du chlorure de zinc abandonné à l'air libre; au moment de l'injection il imprime à la canule-trocart de petits mouvements, en sens divers, de façon à dilacérer les mailles du tissu et à porter le liquide en différents endroits. Souvent, dit-il, il lui a suffi d'une seule goutte pour débarrasser les malades. Au bout de quelques jours, l'orifice que le caustique a déterminé sur le point où a pénétré le trocart permet de donner issue au contenu de la masse, puis la mortification suit sa marche. Nous lui avons vu appliquer ce procédé à l'Hôtel-Dieu.

c. GOITRE. — *Même thérapeutique. — Méthode de Luton, injections iodées interstitielles*. — Ce professeur a également essayé le même mode de traitement dans un goître volumineux (3). Il s'agissait d'un jeune homme portant un goître énorme dans le lobe médian duquel une première injection, faite avec le chlorure de zinc étendu d'eau, ne donna lieu à aucun résultat. Une seconde tentative fut effectuée avec le chlorure à l'*état sirupeux*. Mortification de la peau dans l'étendue de 2 centimètres. Vive inflammation avec induration du lobe médian. Diminution, dégorgement et souplesse redevenue plus grande des deux lobes latéraux.

Dans ces essais, M. Richet ne semble pas avoir été guidé par les mêmes vues, les mêmes principes qui ont été exposés par M. le Dr Luton, de Reims : le principal avantage qu'il reconnaît à cette méthode, c'est de déterminer une mortification plus inoffensive que celle que provoque l'emploi des flèches caustiques qui exposent assez souvent aux hémorrhagies.

C'est surtout à la forme de *goître hypertrophique*, dans laquelle il y a seulement accroissement de la masse sans altération notable de tissu, que convient tout particulièrement la méthode des *injections*

(1) Marchal de Calvi, *Lettre sur le ganglion* (*Annales de la chirurgie. franç. et étrang.*, 1844).

(2) Voir service du Dr Th. Anger.

(3) Richet, *Gaz. des hôp.*, 1869.

interstitielles iodées de M. Luton (1). « C'est dans ces conditions, dit « cet habile expérimentateur, que nous avons obtenu nos plus beaux « résultats et les plus rapides. » Il résume du reste dans le tableau suivant les divers cas qu'il a eu à traiter.

		Guérison.	Améliorations.	Insuccès.
Goître diffus.....	16	16	0	0
Goître lobé.....	37	22	14	1
Goître dégénéré.....	12	4	7	1
Goître vasculaire.....	4	2	1	3
Totaux.....	69	44	22	5

C'est surtout la teinture d'iode qu'il met en usage, puis viennent les solutions iodo-iodurées, la solution d'iodure de potassium, l'acide iodique, l'huile iodée. De tous ces cas, il n'a eu qu'un exemple d'inflammation suppurative de la tumeur qu'il attribue à ce qu'il s'était servi d'une solution concentrée d'iodure de potassium qui est véritablement caustique. Voilà des résultats qui tiennent presque du merveilleux, et M. Luton doit bien regretter de voir sa méthode si peu mise en usage dans nos hôpitaux de Paris.

7° AFFECTIONS DES ORTEILS.

ONGLE INCARNÉ. — *Anesthésie locale. — Ablation de l'ongle.* — M. Richet emploie ici, comme dans toutes les opérations dites : « petites opérations chirurgicales », ouverture d'abcès, etc., l'anesthésie locale pratiquée au moyen de l'éther versé goutte à goutte et évaporé par l'insufflation.

Le procédé mis en usage par M. Richet est des plus simples et n'exige pas d'instrument spécial, comme celui de Richardson, qui selon nous est cependant très-commode. Il consiste à bien verser goutte à goutte l'éther sur la région à anesthésier et à en activer l'évaporation avec un soufflet ordinaire, comme nous l'avons vu faire souvent à notre maître Michon : trois minutes suffisent; à défaut de soufflet, il emploie la ventilation à l'aide d'une feuille de carton en guise d'éventail ou plus simplement encore l'expiration. Richet recommande en outre de frictionner la partie pendant tout le temps de l'irrigation, autant pour tâter la sensibilité et faire pénétrer l'éther que pour cacher au malade le moment où l'opération va commencer.

(1) Luton, *Traité des injections sous-cutanées à effet local. Méthode de traitement applicable aux névralgies, aux points douloureux, au goître, aux tumeurs*, etc., 1875.

Il enlève l'ongle soit en introduisant, entre la production cornée et les chairs, le bec d'une sonde cannelée, soit en le coupant préalablement et arrachant ses deux moitiés latérales. Quant à l'excision de la matrice, il n'y a recours que si elle est par trop dégénérée. Une bonne précaution qui est prise par le chirurgien avant de procéder à l'opération est de serrer la racine de l'orteil avec un ruban de fil, de manière à interrompre la circulation veineuse : nous l'avons vue également employée par M. Tillaux à Lariboisière.

Rien n'est variable, du reste, dans nos hôpitaux, comme le traitement appliqué à l'ongle incarné. Mais le plus souvent c'est à l'arrachement de l'ongle et à l'excision de la matrice qu'on a recours : nous pensons toutefois qu'on fait peut-être un peu abus de cette thérapeutique sanglante; on se hâte trop d'opérer certains sujets qui, certainement *et avec le temps,* auraient pu s'améliorer et même guérir en introduisant patiemment et adroitement, soit de la charpie, soit une lame de plomb ou de gutta-percha entre l'ongle et les chairs : de plus, l'opération sanglante laisse toujours à sa suite une déformation plus ou moins grande. Le procédé de M. Félix Guyon (1) (autoplastie par glissement — déplacement de la portion ulcérée) est un de ceux qui donnent certainement le moins de déformation, mais il est délicat sinon difficile à réussir; nous l'avons vu échouer entre les mains de chefs de service, qui ne l'avaient pas exécuté convenablement. M. Dolbeau ne se hâte pas d'opérer et conseille l'écartement des chairs et l'introduction de quelques brins de charpie entre elles et l'ongle.

M. Després, en fait d'ongle incarné, est également *conservateur*, et il n'en vient à l'opération sanglante que lorsque l'ulcération est entretenue par des fongosités rebelles qui réclament impérieusement l'intervention chirurgicale.

M. LE DOCTEUR CUSCO (2).

1° AFFECTIONS OCULAIRES.

a. BLÉPHARO-PHIMOSIS. — *Nouveau procédé de canthoplastie.* — On sait que l'ancienne méthode appliquée contre le blépharo-phimosis

(1) Voir service du Dr F. Guyon.

(2) 1848. Chirurgien du bureau central. — 1862. Hôpital Lariboisière. — 1872. Hôtel-Dieu.

(paupières non suffisamment fendues) consiste à pratiquer, le plus souvent à l'aide de ciseaux, une simple incision à l'un des angles de l'œil, l'angle externe généralement : les deux nouveaux bords s'écartent d'eux-mêmes ; le chirurgien augmente alors cet écartement en les renversant en dehors ; puis, afin d'éviter la récidive, il fixe, au moyen de quelques points de suture, tout au fond de la plaie et le plus près possible de la nouvelle commissure produite par l'incision, un petit lambeau de la conjonctive.

M. Cusco a remarqué que la canthoplastie pratiquée de cette manière ne donne pas toujours le résultat que l'on veut obtenir, et que le rétrécissement de l'ouverture palpébrale se reproduit de nouveau et nécessite une seconde et même une troisième tentative ; aussi, ce chirurgien a-t-il modifié le procédé classique et adopté le suivant, qui est fort ingénieux. Voici les temps de l'opération (œil du côté gauche par exemple).

1er temps : *Taille du lambeau.* — Le chirurgien, tendant successivement la peau des paupières à mesure qu'il en pratique la section, taille, à l'aide de deux incisions qui divergent à partir de la commissure palpébrale externe, un *petit lambeau* cutané triangulaire à base tournée en dehors, à sommet interne, c'est-à-dire répondant à l'angle externe des paupières. Ces deux incisions ont chacune 1 cent. 1/2 à 2 cent. de longueur, ce qui fait que la base du lambeau, qui représente un triangle isocèle, a également 2 centimètres.

2e temps : *Dissection du lambeau.* — A l'aide d'une pince, on soulève le sommet interne de ce lambeau que le bistouri disèque peu à peu jusqu'à la base.

3e temps : *Section de la conjonctive.* — Un bistouri boutonné sectionne de dedans en dehors le cul-de-sac externe de la conjonctive.

4e temps : *Fixation du sommet du lambeau au fond de la plaie.* — Ce dernier temps est le plus délicat de tous et nécessite une immobilité complète de la part du malade, sous peine, pour le chirurgien, de voir échouer son *opération*. Il consiste à fixer, par un seul point de suture, le sommet du lambeau ainsi taillé et disséqué, au fond de la plaie, en prenant avec lui le cul-de-sac conjonctival que le 3e temps a en quelque sorte reculé en dehors. — M. Cusco a vu constamment ce nouveau mode de canthoplastie élargir d'une façon définitive les paupières, sans nécessiter une nouvelle opération.

b. Glaucôme. — *Iridectomie.* — M. Cusco ne compte guère sur la médication antiphlogistique qui fait perdre un temps précieux, ni sur les purgatifs. La paracentèse de la chambre antérieure de l'œil

ne procure au malade qu'un soulagement momentané, en raison de la diminution de tension qui n'est seulement que passagère: elle doit donc céder le pas à l'*iridectomie* qu'il faut pratiquer le plus près possible du début de l'affection.

Dans la forme aiguë, où la perte de la vision est si rapide, M. Cusco la pratique moins dans le but de rétablir cette vision (ce qui est très-aléatoire) que dans celui de faire cesser la tension intra-oculaire, et par conséquent les douleurs auxquelles cette dernière donne lieu.

Il opère le plus tôt possible dans la forme chronique, non pas pour rendre la vue meilleure, mais pour conserver au malade le degré d'acuïté visuelle qu'il possède encore et pour faire disparaître l'élément douleur. Il étend cette excision, qui est fort large, jusqu'au bord pupillaire.

c. CHOROÏDITE. — *Thérapeutique hygiénique et médicale.* — Le repos est indiqué et doit être appliqué indistinctement à toutes les variétés. Émissions sanguines locales et générales dans les exemples de choroïdite congestive et exsudative et calomel à l'intérieur. *Les collyres n'ont aucune action et ne doivent être employés dans aucun cas*, à moins de complication. Dans la forme atrophique, l'organe doit être condamné au repos le plus absolu.

d. CATARACTE. — *Kératotomie. — Extraction linéaire modifiée.* — M. Cusco n'opère pas les deux yeux le même jour ; il attend d'abord la maturité de la cataracte. Préférant l'extraction, il fait, à l'aide du couteau étroit de de Gräfe, l'incision linéaire aux dépens de la partie supérieure de la cornée ; il pratique ensuite une large excision de l'iris par deux coups de ciseaux. Cette ouverture est, dit-il, toujours assez large pour permettre, après la discision de la capsule, la sortie du noyau. Si, après cette extraction, il reste encore quelque parcelle de la substance corticale, il cherche à effectuer le nettoyage de la pupille en exerçant de légers mouvements de pression sur les paupières, mais ce n'est qu'exceptionnellement qu'il introduit des curettes pour éclaircir complétement le champ pupillaire. L'extraction faite de cette manière ne donne jamais de sang, comme cela arrive parfois au moment de l'opération de de Gräfe.

2° AFFECTIONS DES VOIES AÉRIENNES.

POLYPES DU LARYNX. — *Arrachement au moyen de la pince laryngée.* — M. Cusco, afin de permettre l'examen facile du larynx, commence par établir la *tolérance physiologique*, c'est-à-dire

habitue le malade au contact de l'instrument, touche fréquemment le voile du palais avec un corps mousse quelconque et recommande au malade d'introduire à différentes reprises son doigt au fond de la gorge.

Pour pratiquer l'examen laryngoscopique, M. Cusco s'assoit devant le malade également assis et laisse parvenir au fond de la bouche un faisceau de rayons de lumière solaire dont on dirige aisément le foyer à l'aide d'une lentille enchâssée dans un trou pratiqué sur une vitre de l'une des croisées de l'hôpital ; puis, faisant ouvrir la bouche le plus largement possible, il saisit la langue avec une compresse sèche pour l'attirer hors de la cavité buccale (fig. 18). Comme le chirurgien a besoin de sa main droite pour manœuvrer

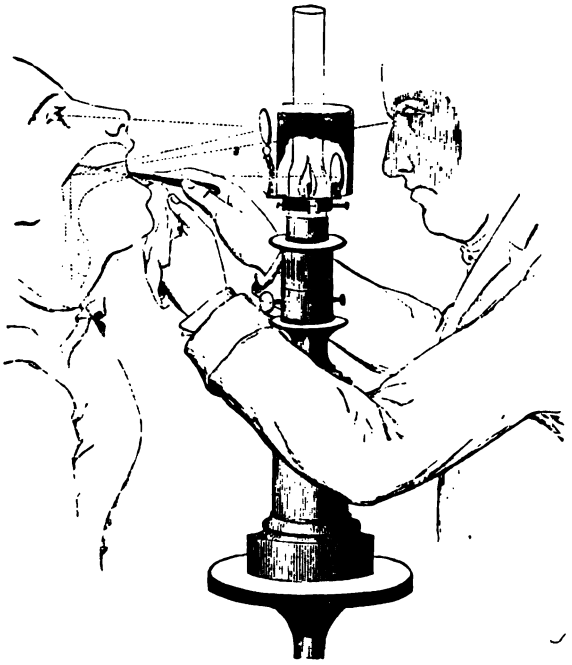


Fig. 18. — *Laryngoscope de Krishaber.*

l'instrument au moment de l'opération, il vaut mieux que le malade se charge lui-même de tirer sa langue avec une de ses mains. — Engageant le patient à régulariser le plus possible le rhythme de sa respiration, M. Cusco saisit de la main gauche le *miroir carré,* le

trempe dans l'eau tiède (fig. 20), l'essuie et l'introduit d'emblée sans saccade, de façon à ce que son bord inférieur, n'appuyant que sur la base de la luette, fasse à peu près avec le plan horizontal de la langue un angle de 45°. Le *point de repère* qu'il cherche immédiatement

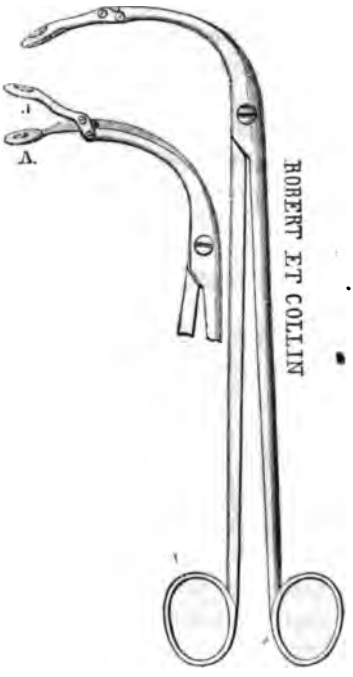


Fig. 19. — *Pince de Cusco.*

Fig. 20. — *Un jeu de trois miroirs carrés.*

est l'image de l'épiglotte qui se trouve renversée et par conséquent sur la partie la plus élevée du miroir ; la glotte est sous-jacente. Si du premier coup il n'a pas pu reconnaître ces particularités, il imprime à la petite glace de légers mouvements de rotation, mais toujours suivant un axe transversal représenté en quelque sorte par le bord inférieur du miroir, sans produire d'inclinaison latérale. M. Cusco préfère, comme méthode thérapeutique, l'*arrachement* ou l'*excision*.

Il se sert d'une *pince* ou d'une *paire de ciseaux* destinés à agir par les voies naturelles et qui sont construits sur le même principe.

Chacun de ces instruments est composé d'une *branche courbe totalement fixe* et d'une *branche courbe totalement mobile* (fig. 19) : cette dernière possède deux écrous, l'un qui la réunit à la branche fixe, le second, situé un peu en arrière, qui permet un mouvement de bascule, l'un sur l'autre, des deux leviers brisés dont se compose cette branche mobile ; à leurs extrémités se trouvent des *mors plats* ou légèrement dentelés pour la pince, et de *petites lames* coupantes et mousses à leurs pointes pour les ciseaux. — Un petit rebord saillant, situé sur le côté non tranchant de la lame de la branche fixe, permet, quand on a sectionné le polype, de l'enlever et d'éviter par conséquent sa chute dans les voies respiratoires. Quant à l'écartement et au rapprochement des mors ou des lames, ils correspondent à celui des anneaux qui terminent les autres extrémités des branches.

3° AFFECTIONS DES VAISSEAUX.

Anévrisme spontané de la fémorale (mixte externe, segment inférieur). — *Ligature du vaisseau au-dessus du sac.* — M. Cusco commence toujours par essayer la compression mécanique totale et intermittente de l'artère ; il se sert de l'appareil de M. Broca (1). S'il ne voit pas d'amélioration, que la tumeur grossisse, devienne le siége de quelques douleurs et que les symptômes auxquels elle donne lieu fassent supposer qu'il s'est effectué une nouvelle déchirure du côté des membranes internes et un amincissement plus grand de la tunique externe, M. Cusco, craignant de voir survenir un anévrisme diffus, à la suite de la rupture complète de cette dernière membrane, se décide à intervenir et pratique la ligature de la fémorale par la méthode d'Anel, c'est-à-dire au-dessus de la tumeur, au niveau de la partie inférieure du triangle de Scarpa.

4° AFFECTIONS DES OS.

Fracture de la jambe. — *Appareil inamovible.* — *Hyponarthécie.* — M. Cusco, dans le but d'éviter la tuméfaction œdémateuse du membre, les douleurs qui en sont la conséquence et les soubresauts de tendons, emploie presque toujours l'hyponarthécie. C'est au *hamac* qu'il donne la préférence : après avoir attendu quelques jours, il applique généralement un apppareil plâtré (bandes de grosse mousseline pliées et plâtrées) et place le membre dans un

(1) Voir ce service.

hamac (en drap) un peu oblique du côté du malade et qui est soutenu à chacun de ses quatre angles par un cordon se fixant aux tringles du lit du malade. — Un système de nœuds coulants permet d'élever ou d'abaisser facilement le hamac de façon à bien donner au membre l'inclinaison voulue. Au moyen de cette *suspension*, que M. Cusco emploie aussi assez souvent pour la plupart des affec-

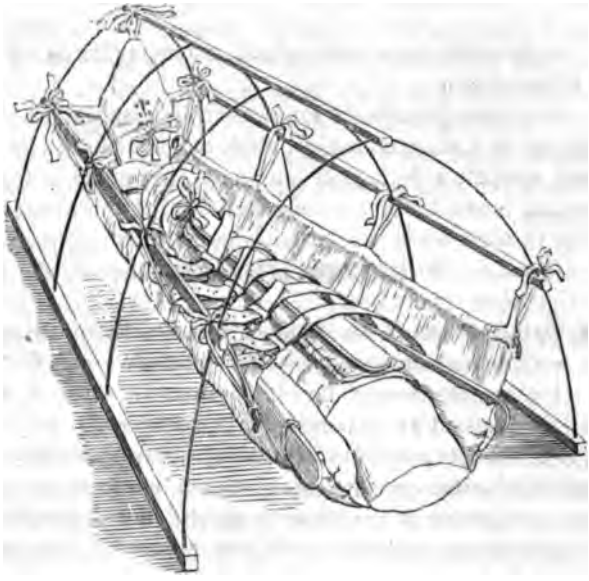


Fig. 21. — *Appareil hamac de Scoutetten pour les fractures de la jambe.*

tions inflammatoires de la jambe et même de l'avant-bras, le membre oscille facilement en tous sens. Il ne peut s'effectuer aucune mobilité entre les fragments, et le patient a la faculté de se remuer dans son lit sans crainte de les déranger. Ce mode de traitement permet aussi au chirurgien de faire une exploration rapide et facile de tout le membre blessé.

Ce mode de traitement est, à peu de chose près, l'analogue de ceux que Scoutetten emploie par l'usage de son appareil hamac (fig. 21) destiné aux fractures de jambes.

5° SOLUTIONS DE CONTINUITÉ. — BEC-DE-LIÈVRE.

a. PLAIES ACCIDENTELLES. — PLAIES CHIRURGICALES. — *Eau de sureau alcoolisée.* — Un linge fenêtré trempé dans de l'eau de sureau ad-

ditionnée d'un tiers d'alcool environ, est appliqué sur la plaie ; des compresses trempées dans le même liquide ferment le plus complétement possible la solution de continuité et un peu de charpie matelasse ce pansement qui s'achève comme tous les autres. Si la suppuration est abondante, M. Cusco prescrit généralement comme tisane habituelle la *macération de quinquina au jus de citron*, qui n'est pas désagréable au goût et relève un peu les forces du malade.

Pour les plaies de mauvaise nature, pansements au chloral et surtout à l'iodoforme.

b. Bec-de-lièvre (Gueule de loup). — *Opération par emboîtement des lambeaux.* — Cet ingénieux procédé, non décrit dans nos livres classiques, consiste à multiplier les points de contact des surfaces cruentées, de façon à obtenir une réunion plus complète, plus rapide et un résultat aussi satisfaisant que possible au point de vue de la conformation de la nouvelle lèvre. M. Cusco conserve le lobule médian pour refaire une sous-cloison ; puis, pour reconstruire la lèvre, taille et suture les lambeaux de la façon suivante : il sculpte, aux dépens des deux lèvres de la solution de continuité, à gauche et à droite, comme dans la méthode de Clémot, un petit lambeau, en incisant de dedans en dehors. De plus, il prend soin d'aviver celui du côté gauche, suivant tout son bord inféro-interne : abaissant alors celui du côté droit, dont le bord n'a pas été avivé comme le précédent, il enchâsse la totalité du lambeau gauche dans la surface cruentée laissée libre et béante par l'abaissement du droit, et réunit la partie supérieure par deux points de suture et, par deux autres, la partie horizontale, de façon à avoir un emboîtement réciproque de ces deux lambeaux. Un linge trempé dans de l'eau de sureau et passant en moustache suffit à exercer une légère compression sur les tissus.

Un moyen simple pour éviter la production d'une encoche après l'opération (méthode classique) du bec-de-lièvre est celui indiqué par Hellebaudt (1), qui pense que cette encoche provient des parties divisées qui ne sont pas tenues en contact intime, par suite d'une rétractilité qui s'opère au bord libre de la lèvre. Partant de là, ce chirurgien a pu opérer, dit-il, sans la plus légère encoche, en avivant au moyen de forts ciseaux, puis en mettant des épingles non-seulement sur la peau, mais encore sur la muqueuse de la lèvre, enfin en réunissant au moyen d'une suture entortillée. L'épingle

(1) Académie de médecine de Belgique, voy. *le Scalpel*, n°48, 1876.

mise dans l'intérieur de la bouche, c'est-à-dire dans la muqueuse, doit se trouver à 1/2 à 2 millimètres du bord de la lèvre. — Il exécute ce procédé depuis tantôt seize ans, et il lui a toujours donné des résultats tels, que l'incision cicatricielle est la seule chose qu'on remarque chez les opérés, sans dépression ni encoche.

6° AFFECTIONS UTÉRINES.

a. SPECULUM EN BEC DE CANE. — M. Cusco a imaginé un speculum bivalve, terminé en bec de cane (fig. 22 et 23), dont les valves très-larges sont disposées de telle sorte que la muqueuse vaginale ne puisse pas s'interposer entre elles. Le rapprochement des deux manches de l'instrument détermine un écartement considérable à l'extrémité

Fig. 22. — *Speculum de Cusco vu de face.*

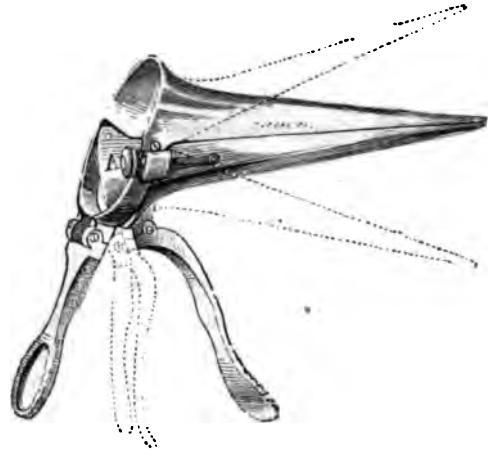


Fig. 23. — *Le même, vu de côté (les lignes ponctuées indiquent le degré d'écartement des valves).*

utérine. Une vis de pression A maintient cet écartement de telle sorte que l'instrument tient seul en place. Pour rendre le speculum plus portatif, on a articulé les manches, afin qu'ils puissent se replier sur les valves en leur devenant parallèles, comme cela est représenté (fig. 23).

b. DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS.— *Dilatation de l'orifice interne ; insuffisance et inutilité des pessaires ; s'abstenir de moyens chirurgicaux.* — M. Cusco pense, comme il l'a exposé dans sa thèse (1), que la guérison peut être obtenue dans les flexions peu prononcées qui, tout en résul-

(1) Cusco, *De l'antéflexion et de la rétroflexion de l'utérus*, Th. agrég. Paris, 1853.

tant d'un développement irrégulier de l'organe, ne consistent qu'en une légère inclinaison du corps sur le col, sans déviation considérable de ce dernier. On a vu que ce degré était encore suffisant pour produire la dysménorrhée, la stérilité, quelquefois même des troubles nerveux. Eh bien, ces inflexions peuvent disparaître complétement sous l'influence de moyens appropriés, et l'on doit à Velpeau d'avoir institué le véritable traitement qui leur convient. Ce trai-

Fig. 24. *Pessaire d'Hervez de Chégoin.*

Fig. 25. — *Pessaire de Gariel (réservoir vide d'air).*

tement, c'est la dilatation graduelle et progressive de l'orifice interne qui, dans l'état naturel, étant la partie la plus étroite du col utérin, se trouve encore rétrécie par le fait de la flexion. Cette dilatation se fait au moyen de bougies, d'abord petites, ensuite plus grosses, comme s'il s'agissait d'une coarctation de l'urèthre. La voie une fois rétablie, la dysmenorrhée cesse, et la grossesse fait disparaître l'inflexion.

Les moyens de redressement par le vagin sont nombreux, et, malheureusement, tous ou à peu près tous d'une égale inutilité. Tous ils pèchent par cette raison qu'ils n'agissent sur la position du corps de l'utérus que par l'intermédiaire du col, ce qui peut être à la rigueur accepté pour les cas d'antéversion ou de rétroversion, mais nullement pour les inflexions. Le pessaire d'Hervez de Chégoin, malgré sa disposition en biseau, n'échappe pas à ce reproche. Ce pessaire est (1) un cercle plat, une espèce d'horizon sur lequel s'appuie le corps de la matrice (fig. 23), tandis que son col, traversant l'ouverture qu'il présente, est maintenu au centre du vagin sans irrita-

(1) Hervez de Chégoin, *De quelques déplacements de la matrice et des pessaires les plus convenables pour y remédier.* (*Mém. Acad. méd.*, t. II. Paris, 1833).

tion et sans fatigue. La circonférence n'est pas égale en tous sens. Le bord qui la forme est beaucoup plus large en arrière qu'en avant, soit qu'il s'agisse d'une rétroversion ou d'une antéversion. Dans le premier cas, il agirait sur le corps de l'utérus en s'opposant à son abaissement en arrière et en retenant son col qui tend à se porter en avant. Dans l'antéversion, il éloigne le col de la paroi postérieure du vagin où l'on a quelquefois peine à le trouver. Il est terminé par une tige mince et plate pour laisser libre en partie l'entrée du vagin, mais à bords arrondis pour ne pas le blesser. On peut le construire soit en ivoire, soit en gomme élastique pure soutenue en dedans par un ressort.

Les mêmes objections peuvent être faites au *pessaire de caoutchouc* de Gariel (1), qui se compose de deux pelotes de caoutchouc réunies par un tube muni d'un robinet (fig. 25 et 26). L'une de ces pelotes

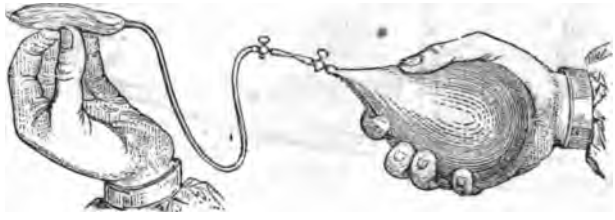


Fig. 26. — *Pessaire de Gariel (réservoir d'air plein).*

est introduite, dans le vagin, étant vide d'air (fig. 25), roulée sur elle-même et réduite à un très-petit volume jusqu'au niveau du col utérin : le robinet est ouvert, et une pression exercée sur la pelote extérieure fait passer l'air dans la première (fig. 24). Il ne s'agit plus que de fermer le robinet pour maintenir la dilatation de la pelote intra-vaginale. La pelote vide, réduite au volume de sa paroi, se fixe aux vêtements de la malade. Avant de retirer le pessaire, il faut avoir soin d'ouvrir le robinet afin que l'air, chassé par le retrait des parois du vagin, repasse dans la pelote extérieure.

Valleix a eu l'idée (Gaujot et Spillmann) de donner au pessaire intra-utérin un point d'appui extérieur, et il a produit deux modèles. Dans le premier modèle (fig. 27) une tige A destinée à pénétrer dans l'utérus surmonte un disque de métal arrondi B de 2 centimètres de diamètre. Elle est unie par une articulation à ressort avec une tige de métal D qui, devant rester dans le vagin, a reçu

(1) Gariel, *Du traitement des déviations utérines : Moniteur des hôpitaux*, t. II, 1854.

le nom de tige vaginale : les deux tiges A et D sont maintenues placées fléchies l'une sur l'autre, à angle droit, par l'action d'un ressort au niveau de leur articulation. La tige vaginale est creuse pour recevoir une tige pleine qui s'unit à angle droit, sans articulation,

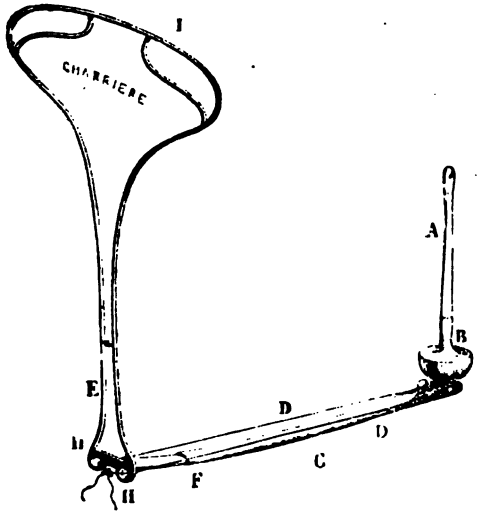


Fig. 27. — *Redresseur utérin de Valleix (premier modèle).*

avec un plastron qui se fixe sur l'abdomen. Les deux parties de l'appareil sont maintenues réunies par un fil passé dans un trou F pratiqué sur la tige vaginale : les deux chefs de ce fil sont noués en E sur le plastron. L'appareil est maintenu en place par deux liens attachés à la partie supérieure du plastron et formant ceinture : deux sous-cuisses attachés à la partie inférieure de l'appareil aux points H, H préviennent les déplacements. Dans le second modèle (fig. 28), Valleix a remplacé le renflement métallique sur lequel s'appuie le col par un renflement de caoutchouc. La tige C destinée à pénétrer dans l'utérus présente à sa partie inférieure deux saillies circulaires entre lesquelles doit s'attacher un disque de caoutchouc D : la tige C est unie à angle droit par un ressort H avec la tige vaginale I qui doit rester dans le vagin. La tige I est creuse pour recevoir une tige pleine qui s'unit à angle droit, sans articulation, avec le plastron F qui doit s'appuyer sur l'abdomen : les deux parties qui constituent l'appareil, pessaire proprement dit et plastron, ne sont unies entre elles que par le frottement de la tige pleine dans

la tige vaginale I. Deux rubans G, G attachés à la partie supérieure du plastron entourent l'abdomen : deux autres rubans G, G font l'office de sous-cuisses. Le pessaire est mis en place à l'aide du man-

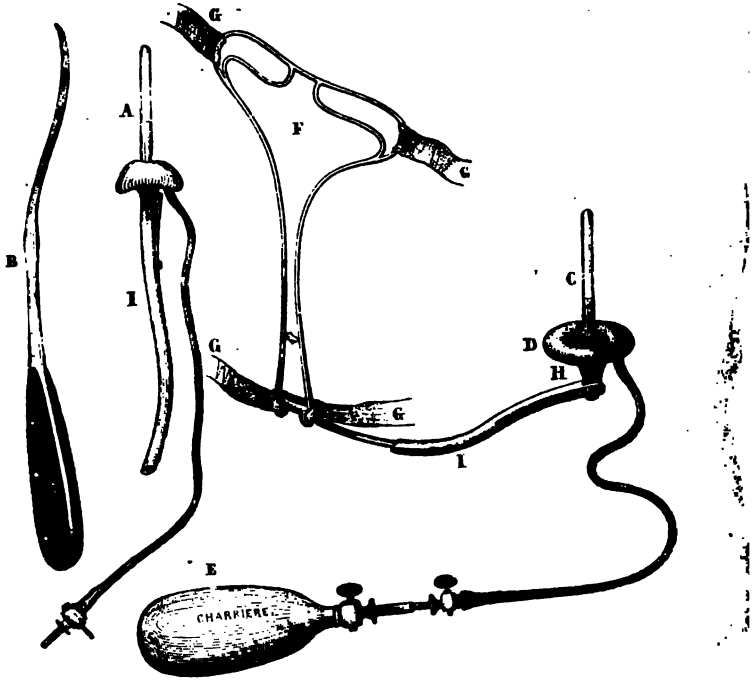
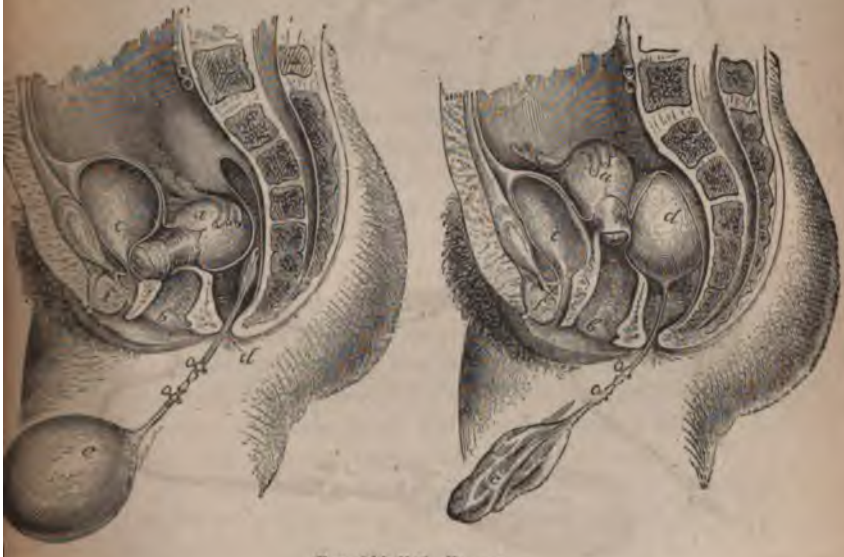


Fig. 28. — *Redresseur utérin de Valleix (dernier modèle).*

drin B qui s'engage dans la tige creuse I : le disque de caoutchouc D est insufflé avec la poire E par l'intermédiaire d'un tube.

Au point de vue du redressement, ce procédé est certainement très-bon, mais, comme le dit M. Cusco, il a de très-grands inconvénients, aussi a-t-il rènoncé, et avec lui la grande majorité des chirurgiens, à l'emploi de pareils instruments : il arrive qu'il ne peut être supporté, et Valleix lui-même, qui l'employait avec tous les ménagements possibles, a été plus d'une fois obligé d'y renoncer. La métrite, la métrorrhagie, les inflammations péri-utérines en sont trop souvent l'effet, aussi est-il plus sage de s'en abstenir. Il en est de même du redressement avec tige rigide, avec un ou plusieurs doigts ou avec la main entière introduite par le rectum, moyen proposé déjà par Aétius contre la rétroversion et employé

également par Ashwell, Bell, Huguier. La répugnance, la douleur provoquées par ce procédé doivent entrer en ligne de compte dans l'appréciation de sa valeur. Il en est de même de l'appareil de Favrot (1), qui est certainement ingénieux, mais bien peu employé de nos jours : ce dernier appareil rappelle celui de Gariel. Il se compose (fig. 29) d'une vessie de caoutchouc que l'on conduit dans



Procédé d'Al. Favrot.

Fig. 29. — *Procédé à air avant la réduction.*

Fig. 30. — *Procédé à air après la réduction.*

le rectum, à l'aide d'un mandrin, jusqu'à ce qu'elle ait atteint la tumeur. Alors on retire le mandrin et l'on adapte une pelote insufflatrice. La vessie *d*, en se distendant, comme le montre la figure 30, relève le fond de l'utérus. En général, il est difficilement supporté par la malade et agit sur la muqueuse rectale dont elle amène à la longue une inflammation chronique.

(1) Alexis Favrot, *Sur un nouveau mode de réduction des déviations de l'utérus* (*Bull. Acad. Méd.*, p. 25, t. XVII, 1851).

LANE LIBRARY

M. LE DOCTEUR Alph. GUÉRIN (1)

1° AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES (HOMME ET FEMME).

a. Végétations de la vulve. — *Poudre de sabine. — Cautérisation. — Excision.* — Avant d'en venir à une opération radicale, M. A. Guérin emploie la *poudre de sabine* avec laquelle il saupoudre les végétations. Cette poudre, légèrement irritante, agit comme cathérétique, et amène parfois une certaine diminution dans le volume de ces excroissances, dont quelques-unes se flétrissent même complétement. Ce moyen, bien souvent, n'est que palliatif et ce chirurgien a recours alors soit à l'*excision* avec les ciseaux courbes, qui a l'inconvénient de donner lieu à un écoulement de sang parfois très-considérable, soit plutôt aux *cautérisations* pratiquées avec l'acide chromique ou l'acide nitrique mono-hydraté : si l'application de ce dernier caustique est suivie d'une guérison plus rapide et plus radicale, elle occasionne des douleurs souvent très-vives. Les végétations pédiculées peuvent être traitées par la ligature.

b. Esthiomène. — *Cautérisation. — Instrument tranchant. — Traitement général.* — La thérapeutique que ce chirurgien applique à ce lupus rongeant de la vulve varie suivant le degré que présente la maladie. A-t-on affaire à un esthiomène superficiel caractérisé par un tubercule qui se convertit bientôt en plaques squammeuses d'un rouge foncé qui se propagent en circonférence, tandis que la cicatrisation se fait au centre, il commence par l'emploi de la teinture d'iode à laquelle il substitue, si elle est insuffisante, les cautérisations, soit avec l'huile de cade, soit avec l'huile de croton ou la pâte de Vienne : l'usage du cautère actuel lui a donné aussi de bons résultats, surtout pour la variété réellement serpigineuse, sur laquelle il est difficile de répandre les caustiques.

Dans l'esthiomène qui détruit les tissus en surface et en profondeur, mais où les ulcérations ne se développent qu'avec lenteur et se couvrent parfois de végétations plus ou moins fongueuses, les

(1) 1850, chirurgien du Bureau Central. — 1858, hôpital de Lourcine. — 1862, hôpital Cochin. — 1863, hôpital Saint-Louis. — 1872, Hôtel-Dieu.

cautérisations profondes avec le bi-iodure de mercure, le chlorure de zinc, la pâte arsenicale ou la pâte de Vienne arrêtent parfois la marche de l'affection, et paraissent jouir du reste d'une innocuité presque complète. C'est plus spécialement dans la variété perforante et éléphantiasique qu'il emploie l'instrument tranchant et qu'il retranche aussi largement que possible toutes les parties molles qui ne sont pas aptes à donner une cicatrice de bonne nature : on a du reste affaire, en ce cas, à une région où des téguments souples et lâches peuvent, jusqu'à un certain point, venir combler les vides qu'aura produits le bistouri. Il ne néglige pas non plus, avant comme après l'opération, la médication anti-scrofuleuse.

c. Rétrécissement de l'urèthre. — *Uréthrotomie* et *dilatation*. — M. A. Guérin admet certainement l'*uréthrotomie* comme un bon moyen, parfois indispensable; mais il défend beaucoup la cause de la *dilatation*, et soutient même que l'uréthrotomie ne peut jamais se passer du concours de cette dernière méthode. Il n'est donc pas de ceux qui prétendent (et ils sont bien peu nombreux aujourd'hui) que la dilatation est une méthode *routinière* et *inutile* et que l'uréthrotomie peut suffire, dans tous les cas, à donner une guérison prompte et radicale. C'est une opinion à laquelle l'ont conduit ses recherches sur la physiologie pathologique des rétrécissements de l'urèthre. Pour lui, ces rétrécissements ne proviennent presque jamais de tissu inodulaire, et n'ont pas du reste leur siége exclusif dans la muqueuse de l'urèthre. La stricture de cette membrane, conséquence d'une lésion qui lui est extérieure, serait due à la rétraction des fibres indurées du tissu réticulaire sous-jacent, et aurait pour point de départ un dépôt de lymphe plastique : la section de ces brides fibreuses de dehors en dedans étant l'unique moyen d'obtenir sûrement la guérison, il faut, quand on emploie l'urèthrotomie interne, ne pas se contenter de scarifier la muqueuse uréthrale, mais donner aux incisions une profondeur assez grande pour atteindre ces brides; et cette uréthrotomie interne, selon M. A. Guérin, doit toujours être suivie du passage de bougies, parce que les incisions sans dilatation ne peuvent se cicatriser sans qu'un retrait des parois uréthrales ait lieu consécutivement.

Il n'admet pas qu'on incise l'urèthre sans avoir préalablement tenté la dilatation, qui a toujours au moins le grand avantage de distendre les tissus rétractés, et d'en faciliter la section ultérieure.

L'uréthrotomie superficielle, a dit ce chirurgien (1), est une mé-

(1) *Bull. Soc. chir.*, 1865.

thode aussi irrationnelle que le serait la section de la moitié d'un tendon rétracté.

Dans le cas de rétrécissement cicatriciel traumatique *infranchissable à la sonde*, mais cependant encore un peu *franchissable à l'urine*, il emploie l'*uréthrotomie externe* sans conducteur, comme nous la lui avons vu pratiquer en 1872, pour un cas de rétrécissement traumatique très-étendu chez un homme dont la verge et le testicule droit avaient été arrachés par la bouche d'un cheval.

Cette *uréthrotomie externe* porte beaucoup d'imprévu dans son exécution; on sait bien quand on la commence, mais on ignore comment on l'achèvera, et même si elle pourra être menée à bonne fin : prétendre, comme cela est écrit dans certains ouvrages et dans les nombreuses thèses qui traitent ce sujet, que le premier temps (recherche et incision de l'urèthre) ne présente pas d'ordinaire de difficultés, c'est porter un jugement un peu téméraire; car, bien qu'il soit instruit, qu'il ait l'habitude des opérations, qu'il connaisse à fond l'anatomie du périnée, le chirurgien ne peut jamais prévoir les difficultés qu'il va rencontrer et il est très-souvent pris au dépourvu.

Opération. — M. A. Guérin, assis en face du malade (la peau de cette région étant parfaitement tendue), fait une incision verticale de 5 à 7 centimètres, et s'arrêtant à 2 cent. 1/2 environ de l'anus, il divise couche par couche de la superficie à la profondeur. Il ne tarde pas à se trouver au milieu du tissu induré dont on sent la présence par le palper périnéal. La section de ce tissu par le bistouri donne lieu souvent au bruit du squirrhe au moment où on le coupe. Il évite le bulbe. Dans l'exemple précédent, où cet organe était converti en une masse fibreuse dans presque toute son épaisseur, il fut sectionné, mais ne donna lieu à aucune hémorrhagie. Se reportant toujours vers la partie postérieure, mais se maintenant le plus exactement possible sur la ligne médiane, on incise couche par couche pour atteindre la portion membraneuse : c'est alors que l'opération est livrée un peu au hasard. Le chirurgien, explorant à l'aide de l'indicateur gauche la profondeur de la plaie, croit à chaque instant avoir la sensation d'un cordon qu'il prend pour l'urèthre. M. Guérin, pour faciliter ce temps, introduit l'index dans la cavité rectale, et divise plus sûrement alors le tissu fibreux couche par couche, et transversalement, jusqu'à ce qu'*une ouverture en bec de flûte* lui indique qu'il a ouvert la portion membraneuse du canal. Il introduit alors une sonde dans le bout postérieur, puis une autre

dans le bout antérieur, et, les réunissant l'une à l'autre, reconstitue momentanément le canal.

Un fait qu'il est bon de rappeler, c'est que pendant cette opération il faut, dans l'épaisseur du périnée, pénétrer à une profondeur très-considérable (de 1 à 4 c. au moins) avant de trouver la partie libre du canal : généralement il n'y a pas un écoulement de sang immédiat très-abondant, mais on doit bien surveiller les malades de peur d'hémorrhagies consécutives.

d. Blennorrhée. — *Dilatation.* — Dans la blennorrhagie chronique, M. A. Guérin croit, avec beaucoup d'autres, que les injections caustiques répétées peuvent dépasser le but qu'on se propose et faire passer l'uréthrite à un degré d'inflammation tel qu'elle se propage au tissu réticulaire sous-jacent, à la membrane muqueuse. — Le meilleur moyen de prévenir les coarctations consécutives est certainement de traiter ces blennorrhées anciennes par la compression et de l'exercer sur les glandules uréthrales enflammées et chargées de muco-pus, à l'aide du passage successif de bougies en gomme élastique graduées.

2° AFFECTIONS DU RECTUM.

Rétrécissement du rectum. — *Traitement anti-syphilitique.* — Lorsque la coarctation est arrivée à sa dernière période, c'est-à-dire qu'elle est constituée par du tissu cicatriciel, par suite de rétraction progressive, évidemment la médication anti-syphilitique ne peut avoir aucune influence sur le rétrécissement : mais lorsque celui-ci est en voie de formation, que les tissus muqueux et sous-muqueux sont épaissis, infiltrés et encore exulcérés, on peut, à cette période première, espérer voir survenir la guérison par le traitement interne (iodure de potassium) qui entrave la formation de ce rétrécissement, et n'agit que parce que les tissus sont encore souples et susceptibles d'une heureuse modification. Cette action est manifeste plutôt pour les rétrécissements occupant une certaine longueur du tube digestif, que pour ceux qui sont courts et ont tendance à prendre la disposition d'un diaphragme. C'est là une opinion presque personnelle à M. A. Guérin et qui a encore besoin de bien des faits à l'appui avant qu'on puisse l'accepter dans son entier.

3° AFFECTIONS DES OS ET DES ARTICULATIONS. AMPUTATIONS.

a. Fracture du col du fémur. — *Immobilisation.* — *Gouttière de Bonnet.* —

I. *Fracture intra-capsulaire. — Cal fibreux.* — M. A. Guérin a cherché par des expériences cadavériques à prouver (1) que le fragment interne reçoit directement par le ligament rond le sang qui lui est nécessaire pour vivre, et qu'il en reçoit tout autant par cette voie que l'extrémité supérieure du fragment inférieur par l'artère nourricière. Il a examiné avec soin les nombreux appareils destinés à maintenir les fragments en contact, et il a conclu à leur insuffisance, comme A. Cooper l'avait déjà dit du reste. — Il préfère de beaucoup l'immobilisation dans la gouttière de Bonnet (fig. 31) et ne conseille pas de faire lever les malades peu de jours après l'accident.

II. *Fracture extra-capsulaire.* — M. A. Guérin est un de ceux qui regardent, dans cette variété de fracture, l'augmentation de volume du grand trochanter comme un signe véritablement pathognomonique. — L'accroissement dans le diamètre transversal de cette tubérosité coïncide avec son éclatement et son enfoncement; cet engrènement des fragments, constaté par la clinique et l'expérimentation, est la condition qui favorise la formation rapide du cal, aussi doit-on faire en sorte de le respecter le plus possible et de ne pas chercher à produire, par des mouvements intempestifs, la crépitation, ce qui aurait pour effet de détruire le rapport

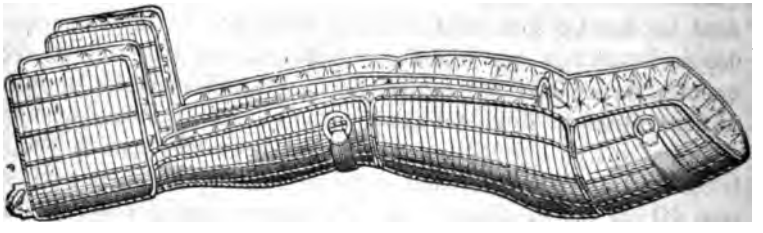


Fig. 31. — *Gouttière grand appareil de Bonnet, pour l'immobilisation du bassin et des membres inférieurs.*

des surfaces osseuses enchevêtrées et de mettre la fracture dans des conditions plus fâcheuses pour la consolidation à venir. — On ne doit donc tenter aucune manœuvre pour la réduction, et, dès qu'on a constaté la fracture par ce seul symptôme, *augmentation du volume du grand trochanter,* on doit prescrire l'immobilité la plus absolue. M. A. Guérin préfère encore de beaucoup la *Gouttière de Bonnet*, où le cal peut s'effectuer en un mois, cinq semaines tout au plus, si on

(1) A. Guérin, Du traitement des fractures qui se consolident vicieusement (*Arch. génér. méd.*, mai et juin 1845.)

a le soin de ne faire éprouver aucun mouvement aux fragments, tout en inclinant la gouttière de temps à autre pour éviter les eschares consécutives à un décubitus trop prolongé. — Au bout de 40 à 45 jours on peut permettre au blessé de se lever et d'essayer de marcher à l'aide de béquilles. — On sait qu'à l'aide de son appareil, le chirurgien de Lyon a pu obtenir la consolidation chez des personnes âgées de 63, 80 et 84 ans.

b. Fracture de la cuisse. — *Appareil de Scultet.* — M. A. Guérin n'a pas recours en général aux appareils à extension continue et croit qu'il est bien difficile aussi, dans ces cas, d'appliquer les bandages inamovibles. Lorsque la solution de continuité est simple et non compliquée de plaie, il se contente de mettre un appareil de Scultet qu'il surveille de temps à autre et qui suffit à maintenir le membre dans une bonne position.

c. Fracture de la clavicule. — *Bandage de Desault silicaté.* — Facilité de réduction, difficulté du maintien de cette réduction, tels sont les deux points qui priment la thérapeutique de cette fracture; aussi doit-on toujours prévenir les blessés de la difformité qui peut persister, quoiqu'elle n'entraîne pas généralement de gêne du côté des mouvements. — M. A. Guérin n'adopte pas tel ou tel appareil à l'exclusion de tous les autres: cependant il croit que l'immobilisation sera plutôt réalisée avec le bandage de Desault, dont les bandes sont préalablement silicatées. — Il a démontré depuis longtemps que la difformité du cal, qui est du reste fréquente, ne dépend pas seulement de l'insuffisance des moyens de contention du fragment externe, mais aussi des *mouvements du fragment interne* qui obéit, par suite des mouvements de la tête, à la contraction du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Il a prouvé encore (1) par des expériences cadavériques et cliniques (service de Blandin) que, malgré l'appareil de Desault, le *fragment interne de la clavicule est solidaire de tous les mouvements du bras du côté sain.* Cette mobilité, dit-il, est en raison inverse de la longueur du fragment interne. C'est pour cette raison que la difformité est relativement peu considérable dans les cas où la fracture se produit près de l'acromion.

d. Fracture de côtes. — *Ceinture avec boucles de cuir.* — *Émissions sanguines.* — Pour immobiliser le thorax, seule indication à remplir, en pareil cas, M. A. Guérin n'emploie ni la bande de diachylon qui a l'inconvénient d'irriter la peau, surtout chez les femmes, ni

(1) A. Guérin, *Arch. méd.*, mai et juin 1845.

le bandage de corps en toile qu'il est difficile de serrer bien régulièrement avec des épingles ordinaires. — Il fait, depuis très-longtemps, usage d'une *ceinture* large portant d'un côté trois boucles en cuir et de l'autre trois pattes correspondantes et également en cuir : cette ceinture qui rappelle par sa disposition la *ceinture de gymnastique*, une fois appliquée autour de la poitrine, est maintenue en place par deux bretelles en cuir qui l'empêchent de glisser. Les courroies permettent d'en produire le resserrement graduel et d'y habituer peu à peu les malades.

Si le malade est assez fort et vigoureux, M. A. Guérin croit qu'il y a avantage à employer chez lui les émissions sanguines, pratique qui selon lui est par trop négligée depuis quelques années à la suite de ces traumatismes. Elles préviennent les phénomènes inflammatoires qui en sont la conséquence si fréquente. Il maintient également le ventre libre à l'aide de purgatifs ou laxatifs administrés de temps à autre, afin d'éviter les efforts que les malades peuvent faire pour aller à la selle et qui exercent une fâcheuse influence sur leur fracture de côte.

e. Tumeur blanche du genou. — *Cautérisation ponctuée.* — *Appareil ouaté.* — *Phosphate de chaux à l'intérieur.* — Repos, immobilisation, pointes de feu appliquées tout autour du genou et compression à l'aide de l'ouate (*appareil Burggraeve*), tel est le traitement le plus communément employé par M. A. Guérin conjointement avec le traitement général anti-scrofuleux, huile de foie de morue, et surtout le *phosphate de chaux* à haute dose, de 4 à 10 gr. par jour, médicament qu'il considère comme un agent de réparation d'une grande puissance chez les jeunes sujets.

f. Constriction permanente des mâchoires. — *Dilatation avec des fragments de liége.* — M. A. Guérin se montre, d'une façon générale, peu partisan des opérations de Rizzoli (section osseuse de manière à obtenir par l'écartement des fragments une pseudarthrose) ou d'Esmarch (ablation d'un coin de la substance osseuse pour obtenir le même résultat), qui ont pour but de permettre l'écartement des mâchoires. Non-seulement il considère cette opération comme bien souvent insuffisante, mais encore comme grave. Il préfère employer la dilatation journalière avec des *fragments de liége*, d'une façon persévérante pendant des semaines, des mois, plutôt que d'avoir recours aux dilatateurs de divers modèles qui ne lui semblent pas agir avec un degré de précision assez grand. Deguise (de Charenton) emploie un cône de buis ou d'ivoire (fig. 32) sur lequel est creusé un pas de vis, mais il n'en préconise guère l'usage que

dans le cas de spasme momentané. Le dilatateur proposé par H. Larrey agit d'une façon plus mathématique (fig. 33). Il se compose (Gaujot et Spillmann) : 1° d'une tige creuse sur laquelle s'insère perpendiculairement un levier ou point d'appui garni d'étain sur sa face supérieure : celle-ci peut être munie d'un abaisse-langue

Fig. 32. — *Vis ouvre-bouche de buis ou d'ivoire.*

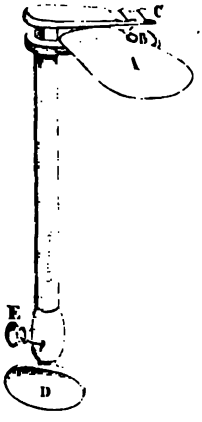


Fig. 33. — *Dilatateur de H. Larrey (premier modèle).*

Fig. 34. — *Dilatateur de H. Larrey (deuxième modèle).*

A ; 2° d'une tige jouant dans la tige creuse et surmontée d'un levier C garni d'étain sur sa surface supérieure : cette tige pleine monte et descend, dans la tige creuse, sous l'influence d'une vis D : une graduation métrique, tracée sur la partie inférieure de la canule B permet d'apprécier exactement le degré d'écartement des deux leviers B,C. Une clavette d'échappement placée en E permet de paralyser l'action de la vis et de fermer l'instrument avec la rapidité de la pensée. Les leviers B et C étant trop épais pour pénétrer entre les mâchoires quand la coarctation est très-prononcée, et de plus ces leviers n'agissant que sur une étendue très-limitée : M. H. Larrey a corrigé ces deux défauts en remplaçant ces leviers par deux plaques d'acier garnies de deux plaques d'ivoire quadrillé (fig. 34) plus larges et plus longues que celles du premier modèle.

Mais, je le répète, M. A. Guérin préfère à ces instruments spéciaux l'emploi successif des fragments de liége, et ce n'est que

lorsqu'il a essayé pendant très-longtemps la dilatation et qu'il a échoué totalement, qu'il a recours à la section ou à l'excision du maxillaire inférieur.

g. AMPUTATION. — *Lambeaux taillés de dehors en dedans.* — M. A. Guérin, dans les amputations, ne rejette pas d'une manière générale la section des lambeaux taillés par transfixion, car il pratique cette dernière méthode pour la plupart des amputations des membres dans la continuité et pour la taille du lambeau antérieur dans la désarticulation de la cuisse ; quant à la désarticulation du poignet et aux amputations partielles du pied, il donne la préférence à la section des lambeaux qu'il a le soin de tracer tout d'abord, au moins pour une grande partie de la profondeur des tissus, *de dehors en dedans*. Ce mode opératoire, principalement pour les amputations de Lisfranc, de Chopart, et sous-astragalienne, nous paraît être suivi, en effet, d'une perfection plus grande dans la taille des lambeaux qui gagnent beaucoup en régularité.

g. AMPUTATION DE CHOPART. — *Pansement ouaté.* — Quelque habile que soit le chirurgien, il est difficile d'avoir, dans cette amputation, un lambeau bien arrondi en le taillant de dedans en dehors, c'est-à-dire après avoir achevé la désarticulation : c'est pourquoi depuis longtemps M. A. Guérin, pour cette opération comme pour celle de Lisfranc, sculpte le lambeau sur la plante du pied dès que les articulations sont ouvertes et avant d'avoir détaché les parties molles des os sur lesquelles elles s'insèrent. Il obtient de cette manière un résultat d'une précision extrême. Nous nous sommes toujours très-bien trouvé de ce moyen dans les amputations de cette nature que nous avons pratiquées, et nous le recommandons d'une façon toute particulière. Ce chirurgien a présenté à la Société de chirurgie (1) un malade guéri à la suite de cette désarticulation et a attribué le bon résultat obtenu, au point de vue de la marche et de l'absence du renversement du pied en arrière, à ce qu'il lui a été possible, grâce au pansement ouaté, d'obtenir la réunion par première intention, ce qui évite toute suppuration des gaines tendineuses.

4° PANSEMENT OUATÉ.

Le *pansement ouaté*, imaginé par M. A. Guérin, est appliqué avec avantage par ce chirurgien à une foule d'affections. Il repose sur ces quatre principes : 1° filtration et purification de l'air qui se ta-

(1) A. Guérin, *Bullet. Soc. de chir.*, 1875.

mise à travers la couche épaisse de coton; 2° compression élastique; 3° température uniforme; 4° rareté du pansement.

Il est employé par lui :

Pour les amputations et désarticulations ;

Pour les traumatismes avec plaies, pour les fractures compliquées;

Pour les altérations osseuses ;

Pour les ablations de tumeurs (membres surtout) ;

Pour les ulcères variqueux ou d'autre nature ;

Pour le mal perforant ;

Pour les kystes synoviaux riziformes, etc., etc.

Les préceptes suivant lesquels M. A. Guérin fait le pansement ouaté (1), sont les suivants : *a*, appliquer le pansement dans la pièce où l'opération a été pratiquée, c'est-à-dire en dehors des salles de malades ; *b*, se servir d'ouate entièrement *vierge*, et de belle qualité, de fabrication récente ou qui a été conservée en paquets serrés en dehors des salles de l'hôpital ; *c*, l'épaisseur des couches superposées d'ouate doit être extrêmement considérable et envelopper non-seulement la partie malade, mais les régions périphériques ; *d*, tasser ces couches multiples d'ouate à l'aide de tours de bandes de toile solide qui se croisent perpendiculairement et se constituent mutuellement des poulies de renvoi. Cette compression énergique, qui est l'un des éléments nécessaires au succès du pansement, nécessite pour les derniers tours de bandes toute la force du chirurgien.

L'effet immédiat de ce pansement, même après les amputations les plus graves, est la diminution, puis l'absence complète de toute douleur; le malade est calme, peut et désire même prendre des aliments et n'est point privé de sommeil ; il y a, en un mot, une diminution notable des phénomènes de la fièvre traumatique : la pression, les chocs même violents, exercés sur cette masse comprimée d'ouate, ne déterminent chez lui aucun ébranlement, aucune douleur, et, s'il est nécessaire, l'amputé peut être transporté sans inconvénient d'un lieu à un autre et même supporter sans danger un long voyage : on comprend donc quels avantages on retirerait de ce mode de pansement sur les champs de bataille et lors des évacuations précipitées de blessés.

Toutefois ce pansement demande à être surveillé et il ne faut pas

(1) Voyez les thèses de plusieurs de ses élèves et spécialement celle de M. le Dr Hervey, 1873, couronnée par la Société de chirurgie. — Voy. aussi Hervey, *Arch. gén. méd.*, décembre 1871 et nos suivants. — Combes, Th. inaug. 1871. — Blanchard, Th. inaug., mai 1872.

croire qu'une fois qu'il est appliqué, tout soit dit. Si les jours suivants le malade souffre un peu, M. Guérin, à l'aide de nouveaux tours de bandes, augmente la compression ; il ne faut pas que l'appareil se relâche, et on doit éviter également qu'il n'exhale une mauvaise odeur. Enfin, si au bout de quelques jours le pouls s'élève et que le thermomètre accuse aussi une élévation subite de la température, on devra ôter immédiatement l'appareil, pour voir s'il n'est pas survenu quelque complication (angioleucite, érysipèle, abcès, etc.). Ce n'est guère qu'au bout de trois semaines que M. A. Guérin défait le premier pansement (en dehors des salles) : il le réapplique rarement plus de trois ou quatre fois.

Ce mode de pansement, surtout pour les amputations, est évidemment appelé à rendre les plus grands services.

5° AFFECTIONS DES TÉGUMENTS.

ANTHRAX. — *Incision sous-cutanée.* — Parmi les chirurgiens de notre époque, les uns pensent qu'il est dangereux de laisser la maladie à elle-même et préconisent les larges et profondes incisions cruciales intéressant toute la masse morbide ; les autres, moins convaincus de la nécessité de ces incisions, Nélaton était du nombre (à la fin de sa carrière), croient à l'innocuité de l'expectation et, appliquant simplement des cataplasmes, abandonnent l'anthrax aux seuls efforts de la nature.

M. A. Guérin a adopté depuis longtemps pour ce genre d'affection une méthode mixte qui lui a donné jusqu'à présent d'excellents résultats. Elle consiste à pratiquer une incision cruciale dans toute la profondeur du produit morbide, mais en ménageant les téguments, c'est-à-dire en faisant seulement à la peau une petite ouverture centrale pour passer le bistouri et par où, ultérieurement, les tissus sphacélés vont s'échapper. M. A. Guérin opère de la manière suivante : il plonge au centre de l'anthrax la lame étroite d'un bistouri droit et le glisse à plat sous la peau jusqu'à ce qu'il ait dépassé les limites du mal ; alors, dirigeant le tranchant de l'instrument vers les parties profondes, il coupe de dehors en dedans jusqu'à ce que toute la masse soit sectionnée ; puis il pratique deux ou trois autres incisions analogues. L'opération n'offre, du reste, aucune difficulté ; si les téguments présentent quelque point mortifié, c'est celui-là qu'il faut choisir pour introduire le bistouri.

Après l'incision sous-cutanée (1) on applique des cataplasmes

(1) A. Guérin, Article *Anthrax*, in *Nouveau Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. II, p. 559.

émollients, et bientôt l'inflammation se dissipe. Si l'on a opéré au début de la maladie, on obtient la terminaison par résolution : si déjà une partie du tissu cellulaire ne peut plus vivre, il sort sous forme de bourbillon par la petite plaie résultant de la ponction de la peau par le bistouri. Dans tous les cas la guérison arrive plus vite que par tout autre traitement.

M. Alph. Guérin a pratiqué cette opération sur un grand nombre de malades, et il affirme qu'elle atteint le même but et aussi promptement que l'incision conseillée par Dupuytren. De plus, le succès de cette opération lui semble résoudre la question du siége de l'anthrax, car, si elle est pratiquée au début de la maladie, elle en arrête la marche et s'oppose à la mortification de la peau. Dans plusieurs cas, il a constaté que le tissu cellulaire suppure et même est éliminé sous forme de bourbillon, pendant que la peau reste, après l'incision sous-cutanée, étrangère à l'inflammation. Ce chirurgien pense qu'en épargnant la peau, on soustrait le malade à l'erysipèle et à l'infection purulente, ou du moins qu'on diminue les mauvaises chances auxquelles sont exposés les individus sur lesquels on pratique de grandes incisions. L'infection purulente et l'érysipèle étant, pour lui, des maladies infectieuses, leur production doit être proportionnée à l'étendue des surfaces d'absorption : or cette surface est minime dans l'opération qu'il préconise, tandis qu'elle est énorme après l'incision cruciale. Enfin, ce procédé aurait encore ce double avantage, d'être peu douloureux, car il épargne la peau, qui est, de tous nos tissus, celui dans lequel l'incision produit le plus de douleur, et, enfin, de ne pas donner lieu à une cicatrice difforme, considération qui n'est pas à dédaigner quand il s'agit d'un anthrax siégeant au visage ou à une autre partie visible du corps. Pour lui, l'anesthésie locale, prônée par quelques chirurgiens, exposerait à la mortification des tissus malades que l'on cherche à sauver par l'incision. Il n'aurait que peu de confiance dans la méthode par *compression* employée par certains chirurgiens anglais, MM. O'Ferral et Collis entre autres.

Selon M. Jules Guérin, l'anthrax bénin ou malin serait toujours le résultat d'une affection générale, la manifestation locale d'un principe diathésique. L'anthrax malin ne serait, selon lui, qu'une modification de l'autre due à une altération septique du bourbillon au contact de l'air. Les liquides ainsi altérés (1) deviennent un vrai poison dont la résorption donne lieu à une inflammation plus ou

(1) A. Guérin, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 12 septembre 1876.

moins étendue et à des accidents graves, quelquefois même mortels; double indication à remplir : 1° prévenir la décomposition septique en empêchant le contact de l'air; 2° arrêter au passage la matière décomposée en vue de prévenir l'intoxication locale et générale.

Pour cela, application d'un *large vésicatoire* percé à son centre pour permettre l'emploi de topiques (acide phénique, permanganate de potasse) destiné à neutraliser le germe septique. L'effet, selon M. J. Guérin, est infaillible si l'application a eu lieu à la première période de l'anthrax et si elle a été prolongée jusqu'à la vésication : les accidents sont enrayés, la douleur calmée, la tumeur rouge et rénitente devient molle et indolore. L'énucléation, favorisée, s'il y a lieu, par les moyens ordinaires, s'effectue sans l'intervention du bistouri. Quelquefois même l'anthrax disparaît sans l'élimination du bourbillon par une sorte d'excrétion progressive de ses éléments. S'il reste une excavation profonde, M. J. Guérin en favorise la cicatrisation en la badigeonnant avec une solution d'azotate d'argent.

6° AFFECTIONS OCULAIRES ET NASO-PHARYNGIENNES.

a. Ectropion. — *Blépharoplastie. V renversé avec incision oblique partant de chacune des extrémités.* — Dans les cas d'ectropion avec destruction plus ou moins grande de la surface cutanée de la paupière inférieure, M. A. Guérin a l'habitude de faire la blépharo-

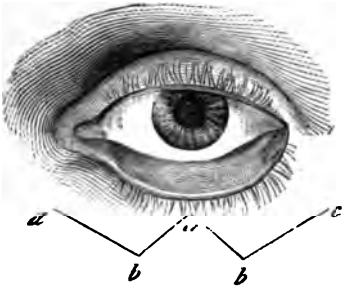


Fig. 35. — *Procédé d'Alph. Guérin. — Incision.*

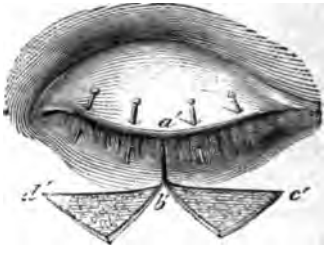
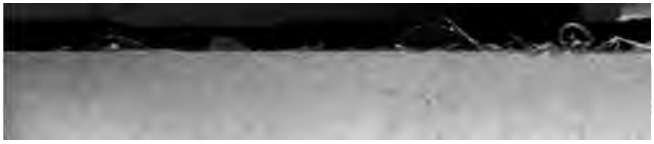


Fig. 36. — *Procédé d'Alph. Guérin. — Réunion.*

ab, ab deux lignes de section qui seront réunies et formeront la ligne *a'b'* dans la figure 36 ; *db* et *bc* formeront dans la figure 36 la ligne horizontale *d'b'c'*.

plastie par la méthode suivante, imaginée par lui, et qui a donné entre ses mains de très-bons résultats. Il pratique au-dessous de la paupière deux incisions se réunissant en V renversé, puis de chaque extrémité de ce V il fait partir une incision oblique qui se di-



rige parallèlement au bord libre, ce qui donne la disposition d'une ligne brisée.

Les deux petits lambeaux latéraux ayant été disséqués et laissant deux plaies triangulaires, les deux branches du V se reportent en haut, et se rapprochant, ne forment plus qu'une ligne verticale *a'b'*, ce qui permet à la paupière de se relever d'autant ; les deux lignes obliques *db* et *bc* formeut, en se relevant, une ligne horizontale *d'b'c'* et laissent au-dessous d'elles deux petites surfaces saignantes qui se cicatrisent isolément sans laisser de difformité bien choquante. Puis il fait la suture des deux paupières (*blépharoraphie*).

b. Polype naso-pharyngien. — *Excision et rugination des os.* — Incision du voile du palais sur la ligne médiane, après l'avoir fixé avec une pince à griffes. Le polype est saisi avec une pince de Museux, excision avec de longs ciseaux; introduction par la narine d'une rugine droite lancéolée qui est guidée par un doigt porté derrière le voile du palais sur le pédicule : rugination de la surface d'implantation : cautérisation.

HOPITAL DE LA CHARITÉ

M. LE PROFESSEUR GOSSELIN (1)

1° ANESTHÉSIE.

Emploi de l'éther. — *Appareil de Roux* (de Toulon). — C'est l'éther que M. Gosselin emploie de préférence dans l'anesthésie de ses opérés : il est à peu près le seul des chirurgiens des hôpitaux de Paris qui préfère cet agent au chloroforme : si, pour son mode d'administration, il est un peu moins commode que ce dernier, si l'anesthésie qu'il procure se prolonge un peu moins que celle du chloroforme, d'un autre côté ce chirurgien n'a pas eu, du moins jusqu'à présent, l'occasion de voir l'éther amener la syncope : aussi pense-t-il que l'éther expose moins à ce genre d'accident que le chloroforme. Les précautions préalables sont absolument les mêmes que pour le chloroforme, et son mode d'administration est analogue et se fait également par inhalation : on pourrait se servir d'une simple compresse, mais ce liquide se volatilise beaucoup trop rapidement et on mettrait beaucoup trop de temps pour produire l'insensibilité. Un appareil est donc indispensable quand on fait usage de ce liquide, et c'est le *sac* de M. Jules Roux (de Toulon) dont se sert M. Gosselin.

Cet appareil (fig. 37) a été imaginé dès 1847. C'est un sac d'étoffe légère, analogue (Gaujot et Spillmann) à celui porté par les dames et dont l'ouverture peut être plus ou moins froncée par un cordon passé dans une coulisse CC : l'intérieur est doublé d'une vessie de porc dans laquelle on place quelques morceaux d'éponge ou de papier froissé ou des boulettes de coton. Sur l'une des faces se trouve une boutonnière renfermant une espèce de canule en buis, que l'on peut tenir ouverte ou fermée à volonté par un bouchon également de buis D; quand l'appareil est placé, la coulisse embrasse le menton,

(1) 1845, chirurgien du Bureau Central. — 1851, hôpital de Lourcine. — 1854, hôpital Cochin. — 1859, hôpital Beaujon. — 1861, hôpital de la Pitié. — 1867, hôpital de la Charité.

la bouche et le nez du malade. On le maintient dans cette position par les cordons noués derrière la tête ou plus simplement par un ruban de caoutchouc passé au-dessus des oreilles. La prise d'air a lieu sur les côtés de l'ouverture du sac, dans les intervalles laissés entre ses bords et le nez et la bouche. Quand les phénomènes de congestion se manifestent trop rapidement ou qu'il y a de la toux, il suffit, pour les faire cesser, d'ouvrir l'orifice latéral en ôtant le bou-

Fig. 37. — *Appareil à anesthésie de J. Roux (de Toulon).*

chon de bois. Avec cet appareil, qui est fort simple, peu coûteux et facile à manœuvrer, l'éther se donne progressivement et on a le soin de faire des intermittences jusqu'à ce que la tolérance soit établie, alors on pourra intercepter l'air extérieur en appliquant hermétiquement le sac sur la bouche et le nez du malade. Ce procédé, dit M. Gosselin, a bien l'inconvénient de faire respirer de l'air expiré et carbonisé, mais il y reste encore une assez grande quantité d'oxygène, puisque chaque inspiration n'enlève que 2 ou 3 parties d'oxygène sur 21 qui existent à l'état normal. En outre, les intermittences que l'on fait en débouchant et rebouchant alternativement le sac pour y verser de l'éther, laissent entrer une quantité d'air nouveau.

2° AFFECTIONS OSSEUSES ET ARTICULAIRES.

a. FRACTURE BI-MALLÉOLAIRE. — *Réduction et application immédiate d'un appareil inamovible.*

Dans cette variété de fracture M. Gosselin, au point de vue du diagnostic, ajoute une grande importance à la douleur vive provoquée à la pression au-dessus de la malléole externe et à la base de la malléole interne, de plus on peut sentir la crépitation (1) à l'aide des trois manœuvres suivantes : 1° pour la malléole externe, en appuyant avec un doigt sur la pointe de cette malléole, pendant que l'autre main assujettit le bas de la jambe ; pour la malléole interne, en saisissant cette malléole entre deux doigts, de l'un de ses bords vers l'autre, et la faisant mouvoir d'avant en arrière et d'arrière en avant ; 2° en soulevant la jambe, l'assujettissant bien avec une main, saisissant le pied avec l'autre dont la paume embrasse la plante, tandis que le pouce et le médius se placent au niveau des chevilles et imprimant à ce pied des mouvements alternatifs de dehors en dedans et de dedans en dehors, les uns sans rotation, c'est-à-dire par simple transport, les autres avec rotation autour de l'axe antéro-postérieur; 3° en fixant la jambe sur le lit, sans la soulever, avec une main dont les doigts sont placés au niveau des chevilles, puis saisissant la pointe du pied et l'amenant au dehors, lui faisant exécuter ainsi un mouvement de rotation autour de l'axe vertical de l'astragale.

S'il y a beaucoup de gonflement, M. Gosselin applique provisoirement l'appareil de Dupuytren qui maintient solidement le pied en dedans, voici de quoi il se compose :

1° D'un très-long coussin de balle d'avoine qu'on plie en deux par son milieu et qu'on applique, ainsi replié, sur la partie interne de la jambe, en ayant soin qu'il ne descende pas jusqu'à la malléole interne et qu'il la laisse libre : il faut toujours craindre une eschare par compression en cet endroit ;

2° D'une attelle en bois assez longue pour recouvrir le coussin et se prolonger au delà de la plante du pied, de telle façon qu'un vide reste entre cette attelle et le pied;

3° De deux bandes, dont l'une enroulée autour de la jambe vers ses parties supérieure et moyenne assujettit en ce point le coussin et l'attelle, et dont l'autre, aussitôt que le pied a été reporté en dedans, s'enroule en 8 de chiffre autour du bas de la jambe et du pied, en tenant ce dernier très-étroitement rapproché de l'attelle. Si,

(1) Gosselin, *Clinique chir. de la Charité.* 2e édition, t. I, p. 249, 1876.

au bout de quarante-huit ou soixante-douze heures, le gonflement inflammatoire n'augmente plus, il remplace ce moyen de contention par un bandage inamovible.

S'il n'y a que peu de gonflement, le traitement diffère ici de celui des autres fractures, surtout si on a affaire à la 3e variété décrite par M. Gosselin, c'est-à-dire à celle dans laquelle le pied est très-entraîné en dehors avec rotation autour de son axe antéro-postérieur. Pour éviter que la consolidation en position vicieuse ne laisse persister, comme cela a lieu trop souvent, une saillie prononcée de la malléole interne et un coup de hache au-dessus de l'externe (cause de gêne fonctionnelle ultérieure), il faut : 1° ramener le pied fortement en dedans, c'est-à-dire réduire; 2° le maintenir définitivement dans cette bonne position, en appliquant sur-le-champ un appareil inamovible qui se dessèche le plus rapidement possible (bandage silicaté, bandage plâtré sans stuc). Il y a ici, contrairement à ce qu'on fait dans le traitement des autres fractures, indication à *application immédiate d'un appareil inamovible;* aussi la couche d'ouate interposée doit-elle être très-épaisse.

On peut également employer l'amidon ou la dextrine, mais en ayant bien soin de faire maintenir le pied en dedans pendant son application, d'ajouter au côté interne du membre deux épais coussins de linge, l'un au-dessus du genou, l'autre au-dessus de la malléole interne, de placer par-dessus une longue attelle interne semblable à celle de l'appareil de Dupuytren et d'assujettir la jambe et le pied, comme dans ce dernier, *jusqu'à dessiccation complète.*

b. Fracture de cuisse (partie moyenne). — *Peu partisan des appareils inamovibles et de l'extension continue*, il applique pendant les premiers temps un appareil amovible dont les pièces se défont facilement, afin de surveiller la fracture et d'éviter le gonflement. Si on met immédiatement un bandage inamovible, comme cette fracture est lente à se consolider (2 mois au moins), ce bandage fait diminuer le volume du membre, ce qui *détermine un vide entre l'appareil et la cuisse*, de là ébranlement dans les fragments, retard dans la formation du cal, raccourcissement inévitable.

L'idée de l'extension continue, dit M. Gosselin (1), est très-rationnelle, mais malheureusement aucun des nombreux appareils imaginés à cet effet n'a pu prendre un rang définitif dans la pratique, et voici pourquoi : Pour venir à bout des résistances musculaires très-énergiques contre lesquelles ils ont à lutter, les appareils à extension con-

(1) Gosselin, *Clinique chirurgicale de la Charité*, t. I, p. 337.

tinue doivent, d'une part, exercer d'une façon permanente de fortes tractions qui sont *douloureuses* et, d'autre part, concentrer les points d'appui de l'extension et de la contre-extension sur certaines parties du membre sur lesquelles cette pression occasionne de la douleur et parfois des escarres : *douleurs* et *escarres* sont deux inconvénients qui ont jusqu'ici empêché ces appareils de se vulgariser dans la pratique. De plus, ajoute M. Gosselin, après avoir soumis les patients à ces inconvénients, le raccourcissement n'en persiste pas moins, et enfin, quand les sujets sont jeunes, le raccourcissement, s'il ne dépasse pas 4 centimètres, ne les fait pas boiter d'une façon permanente. Quand ils sont vieux, le raccourcissement pourra certainement les faire boiter, mais aussi, ils supporteront bien plus mal que les jeunes l'extension, ils auront plus facilement des escarres, par suite ils pourront courir plus de danger. Ne vaut-il pas mieux, dès lors, s'en tenir à la contention simple qui laissera un peu plus de raccourcissement, mais donnera plus de tranquillité au patient et au chirurgien. Il emploie donc rarement l'extension continue, parce que, pour être efficace et lutter incessamment contre ces muscles vigoureux, elle ne peut être appliquée sans souffrances, parfois très-fortes, qui infligent elles-mêmes un retard dans la consolidation. Nous l'avons vu cependant employer l'appareil de M. Hennequin (genou restant dans la flexion) (1).

c. FRACTURE DE LA CLAVICULE. — *Écharpe de Cochin.* — Avant d'appliquer un appareil, M. Gosselin pratique la réduction aussi complétement que possible, et, pour cela, il fléchit le coude et cherche à le porter en dedans et en haut, avec une main, tandis qu'avec l'autre portée à la partie supéro-interne du bras, il attire le moignon de l'épaule en dehors : il fait presser en même temps sur le fragment interne pour le reporter en bas. Il n'emploie pas la méthode de réduction indiquée par Chassaignac (fig. 38) et à laquelle ce chirurgien a donné le nom d'*amplexation* : cette méthode consiste à porter le moignon de l'épaule au plus haut degré d'élévation possible, en prenant point d'appui sur l'épaule saine du malade dont on embrasse le coude du côté blessé avec les mains croisées comme le représente la figure 38. On dispose en effet (2) d'une force considérable pour élever l'épaule et avec elle le fragment externe, mais M. Gosselin ne croit pas, comme Chassaignac, qu'il est possible de réduire toutes les fractures par ce procédé : il en est bon nombre qu'on ne maintient qu'imparfaitement et qui guérissent

(1) Voy. Hôpital Necker, service de M. Desormeaux.
(2) Art. CLAVICULE, *Nouveau Dict. méd. et chir. prat.*, t. VIII, p. 15.

avec difformité. Les appareils les plus simples sont évidemment les meilleurs, parce qu'ils sont seuls supportés par les malades, et, selon ce professeur, il est inutile, sinon nuisible, de s'évertuer et corriger es déplacements, car le plus souvent on ne peut y parvenir. Les indi-

Fig. 38. — *Réduction d'une fracture de la clavicule par la méthode de l'amplexation. — Au moyen des mains croisées sous le coude du patient, le chirurgien, prenant un point d'appui sur l'épaule saine, relève l'humérus et avec lui le fragment externe de la clavicule* (Chassaignac, *Opérations chirurgicales*).

cations formulées par Desault sont excellentes, mais par malheur les pièces de son appareil (fig. 39) sont loin de remplir ces indications; ainsi le coussin axillaire employé n'est pas assez résistant, et, s'il est trop dur, il fait souffrir beaucoup les malades. S'il applique cet appareil, M. Gosselin a soin de ne le serrer que fort peu; mais il emploie surtout l'écharpe qu'il a dénommée *de Cochin*, parce qu'il en faisait très-fréquemment usage quand il était chirurgien de cet hôpital. L'*écharpe de Cochin* est l'analogue de l'*écharpe de J.-L. Petit* ou du *Bandage de Mayor*.

L'*écharpe de J.-L. Petit* est représentée par une serviette (fig. 40) de 2/3 d'aune en carré, pliée d'un angle à l'autre par une diagonale, qui lui laisse la figure d'un triangle (Sarazin). Cette serviette ainsi pliée est passée entre le bras et la poitrine du malade, de manière que l'angle droit se trouve sous le coude et le grand côté du trian-

gle sous la main. Des deux angles aigus, l'un est passé sur l'épaule saine et l'autre, en remontant et recouvrant l'avant-bras et l'épaule malade, passe derrière le cou pour venir joindre l'autre angle de l'écharpe sur l'épaule du côté opposé où ces deux angles sont cousus

Fig. 39. — *Appareil de Desault. — Troisième bande appliquée pour soutenir en haut le moignon de l'épaule.*

a, a, jets obliques de la première, restés à nu. — *c, c*, tours de la seconde, vus dans l'intervalle de ceux de la troisième. — *d*, jets obliques de la troisième, remontant de l'aisselle sur l'épaule du côté malade, pour descendre de biais le long du bras et revenir passer sous bande. — *fh*, suite des jets précédents, remontant sous l'aisselle, puis derrière la poitrine sur l'épaule malade. — *e*, suite des jets précédents, descendant au-devant du bras, passant sous le coude et remontant sous l'aisselle. — *g*, reste de la bande destinée à des circulaires pour assujettir les jets et les empêcher de glisser en dehors.

ensemble et arrêtés à une hauteur convenable pour tenir l'avant-bras plié presque à angle droit ; on prend ensuite à l'endroit du coude les deux angles droits de la serviette : on les sépare en tirant l'angle externe en devant sous la main et en tirant l'angle interne en arrière au delà du coude ; de façon que le gros de l'avant-bras se trouve presque au centre de la serviette : les deux angles sont repliés, savoir : l'angle qui est en avant par-dessous la main et l'an-

gle qui est derrière par-dessous le bras ; on les rapproche et on les attache ensemble et avec le corps de l'écharpe au moyen d'une forte épingle.

Le *bandage de M. Mayor* (fig. 41) se fait en prenant un carré de linge dont la diagonale est à peu près d'un mètre et qu'on plie en triangle. Le bras (côté malade) pendant le long du corps, l'avant-

Fig. 40. — *Grande écharpe de J.-L. Petit.*

Fig. 41. — *Bandage de Mayor.*

bras fléchi à angle droit, on applique la base du triangle (Sarazin) au-dessus de l'avant-bras, l'angle droit pendant vers le sol. Les deux angles aigus sont fixés derrière le dos, l'un d'eux passant sur le bras le maintient contre la poitrine. On relève alors l'angle droit en le faisant passer entre l'avant-bras et la poitrine, on le dirige sur la clavicule fracturée, on y attache deux bouts de bande qu'on fait passer sur l'épaule malade et derrière le dos, pour les fixer au bord supérieur du grand côté dont les extrémités sont nouées derrière le dos.

L'*écharpe de Cochin* analogue au précédent, au lieu d'être un triangle simple, est un triangle double ou une pièce de linge repliée de manière à former un triangle à *deux lames ou feuillets.* L'avant-bras est placé dans le cul-de-sac correspondant à la jonction des deux feuillets. Les extrémités de la base du double triangle sont attachées l'une à l'autre en arrière : la pointe du feuillet postérieur se place en avant de l'épaule saine, celle du feuillet antérieur en avant de l'épaule malade : l'une et l'autre sont fixées à une compresse glissée en anse au-dessous de la portion horizontale et postérieure de l'écharpe, et dont les extrémités passent sur les moignons pour venir trouver les deux pointes ou sommets. Les parties sont réunies soit avec des épingles, soit au moyen de quelques points de suture. Si le fragment interne fait une saillie très-prononcée, M. Gosselin joint à cette écharpe un tampon d'ouate maintenu par deux compresses graduées. Ce bandage, qui est des plus simples a pour but unique de tenir l'épaule et la clavicule dans l'immobilité et par conséquent de favoriser la consolidation. Les cas difformes, à la suite de cette fracture, ne sont pas rares, mais n'ont d'ailleurs que très-peu d'inconvénient au point de vue fonctionnel du membre.

d. FRACTURE DE LA ROTULE. — *Immobilisation. — Appareil Laugier modifié. Matelas d'ouate placés en sautoir. — Éviter l'arthrite sèche consécutive.* — M. Gosselin est certainement partisan dans le traitement de cette fracture de l'immobilisation du genou, mais il évite cependant de la prolonger trop longtemps, car il peut survenir une roideur articulaire fort préjudiciable à la locomotion, une fois la guérison obtenue; nous avons, il y a quelque temps, observé dans son service de la Charité un homme qui avait été soigné par M. Le Fort et qui présentait un cal bien solide, presque sans écartement; or cet homme éprouvait une gêne marquée et se plaignait de souffrances pendant la marche. Si chez lui la consolidation n'avait pas été suffisante et s'il y avait eu cal fibreux, on n'aurait pas manqué de l'accuser d'être la cause du mauvais fonctionnement de la jointure, tandis qu'on ne devait l'attribuer qu'à l'inflammation articulaire, à l'arthrite sèche consécutive. C'est pour éviter ces accidents que M. Gosselin ne veut pas condamner le genou à une immobilité trop longue. Nous voyons du reste très-souvent dans les hôpitaux des individus porteurs d'anciennes fractures du genou avec cal fibreux et qui marchent parfaitement; tout récemment encore, dans le service de M. A. Guérin, que nous remplacions à l'Hôtel-Dieu, entra un homme vigoureusement constitué avec une fracture de la rotule

gauche; il portait du côté de la rotule droite des traces d'une ancienne fracture bien évidentes, puisque l'écartement fibreux existant entre les deux fragments n'était pas moins de 12 *centimètres*. Eh bien, il ne se plaignait d'aucune difficulté de la marche, sauf pour le saut, et il s'inquiétait fort peu de savoir si nous devions réussir à lui consolider sa seconde rotule avec un cal fibreux ou osseux.

M. Gosselin préfère de beaucoup les appareils unissant à jour qui permettent de surveiller l'écartement des deux fragments. Bien que les appareils de Valette (de Lyon) (1) et de Fontan (2) remplissent

Fig. 42. — *Appareil de Valette pour les fractures de la rotule.*

bien les indications désirables, M. Gosselin en est peu partisan et ne conseille pas de les employer : celui de Valette (fig. 42) se com-

Fig. 43. — *Appareil de Fontan pour les fractures de la rotule.*

pose d'une gouttière en fil de fer A, de quatre lames de fer B, B mobiles et pouvant être fixées et arrêtées par un écrou à pont et enfin de *deux fourchettes* D, D qu'une clef E permet de faire avancer

(1) Valette, *Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon*. Paris, 1875, p. 500.
(2) *Bullet. génér. de thérap.*, 1855, t. XLVIII, p. 270.

ou reculer et qui s'implantent dans les fragments. Les échancrures des lames B, B permettent d'y transporter la branche F qui supporte la fourchette D.

Les parties essentielles de celui de Fontan (fig. 43) sont : 1° une planche où repose le genou, surmontée de quatre montants de bois munis de traverses supportant deux grosses vis en bois présentant chacune une *fiche en gros fil de fer ;* 2° deux croissants GH munis de courroies et appuyant sur les fragments rotuliens (éviter ces eschares) et où viennent aboutir les deux fiches des vis. Il en existe bien d'autres, car le mémoire de M. Béranger Féraud (1) en compte plus de cinquante-quatre, mais c'est à l'*appareil de Laugier* que M. Gosselin donnerait la préférence; il y a apporté toutefois certaines modifications que nous désirons faire connaître.

L'appareil de Laugier (fig. 44) se compose (Gaujot et Spillmann)

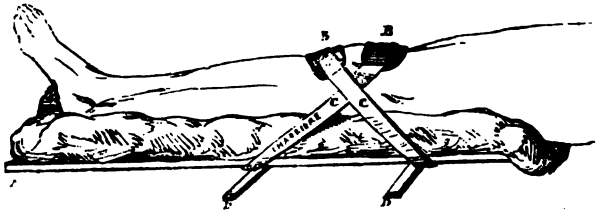


Fig. 44. — *Appareil de Laugier pour les fractures de la rotule.*

d'un plan horizontal formé d'une planche A, recouverte d'un épais coussin : planche et coussin sont assez larges pour dépasser de chaque côté le membre de plusieurs centimètres. La planche est munie de deux traverses en bois D, D placées l'une à quatre travers de doigt au-dessus du jarret, l'autre, à la même distance, au-dessous du jarret, ces traverses servent de point d'arrêt aux lacs. Au lieu de courroies rembourrées ordinairement en usage pour presser sur la rotule, Laugier fait ramollir dans l'eau chaude et applique sur chaque fragment une petite plaque de gutta-percha soigneusement moulée B, B en empêchant le fragment correspondant de basculer ; ces plaques sont maintenues rapprochées à l'aide d'une bande circulaire de caoutchouc C, C étendue obliquement du fragment à la traverse opposée et croisant la bande de l'autre fragment de chaque côté du genou. Comme il faut tendre le caoutchouc pour donner aux anneaux leur position, il en résulte qu'en revenant sur eux-mêmes, ils exercent sur la gutta-percha et par son intermédiaire sur les

(1) Béranger Féraud, *Revue de thérap. méd.-chir.*, p. 481, 1863.

fragments une pression qui doit maintenir ceux-ci rapprochés. Cet appareil est simple, laisse la région à découvert, est facile à appliquer et à surveiller, n'expose à aucun accident comme les deux précédents et est doué d'une action suffisante pour donner de bons résultats, aussi M. Gosselin le considère-t-il comme très-bon; mais, persuadé qu'on ne peut jamais pécher par excès de prudence et de précaution, le professeur de la Charité, craignant que la gutta-percha durcie ne pressât douloureusement la peau, ne l'excoriât et ne produisît des escarres, a supprimé cette substance et l'a remplacée par *deux petits matelas d'ouate* placés en sautoir au-dessus et au-dessous de la rotule. Voici comment il décrit son appareil (1). Il fait faire par un menuisier un *plan incliné* disposé en gouttière avec les dimensions appropriées à la taille du sujet et au volume de son membre. Il dispose de chaque côté six clous à crochets, trois avec l'échancrure tournée du côté de la fesse, trois avec l'échancrure tournée du côté du pied. Il fixe avec quelques points d'aiguille, sur deux espèces de *boudins* ou *matelas* d'ouate enveloppés d'une grosse étoffe de laine, deux *cylindres creux* de caoutchouc vulcanisé très-élastique, dépassant le boudin de chaque côté de 2 centimètres, et à chacune des extrémités de ces tubes il attache, au moyen d'un nœud, un bout de ficelle très-solide. Le membre étant placé sur le plan incliné, il dispose l'un des boudins *en sautoir* au-dessus du fragment supérieur qu'un aide rapproche avec les doigts le mieux possible du fragment inférieur : puis, tendant le caoutchouc au moyen d'une traction exercée sur ses extrémités par l'intermédiaire d'une ficelle, il attache cette dernière à l'un des clous inférieurs. Il en fait autant pour le boudin inférieur, en assujettissant les ficelles aux crochets d'en haut. Il peut, de cette façon, modifier la pression suivant les besoins, l'augmenter ou la diminuer. Si les fragments tendent encore à basculer, il complète cet appareil au moyen de *deux tubes élastiques* verticaux passant au-devant de la rotule, accrochés aux tubes obliques au moyen d'épingles recourbées en crochet : cataplasmes arrosés d'eau blanche sur le genou — — ne pas recourir, dans le cas d'épanchement considérable, à la ponction articulaire de Jarjavay. — Surveiller beaucoup ces appareils, car la douleur et les escarres sont toujours à craindre avec eux : accorder un peu de relâchement quand la douleur est trop vive ou que la peau rougit. Le professeur a eu recours aussi plusieurs fois aux *bandelettes collodionnées* disposées également *en sautoir*.

(1) Gosselin, *Cliniq. chirurg. de la Charité*, t. I, p. 311.

e. TUMEUR BLANCHE DU GENOU. — *Redressement et immobilisation de la jointure.* — Chez les femmes et les enfants dont la peau est plus fine, éviter de trop comprimer. — Appareil ouaté (fig. 45) analogue à celui de Burggraeve que l'on doit surveiller. S'il existe une ou plusieurs fistules, appareil ouaté fenêtré permettant l'écoulement du pus.

Pour Richard Barwell (1), la ténacité et la prétendue incurabilité de ces affections dépendent, non d'une acuité trop intense, mais de l'*impuissance dans laquelle se trouve le processus pathologique de terminer son évolution.* Il est donc nécessaire, avant tout, de favoriser le processus par des frictions, la compression, les mouvements passifs, et puis actifs, mais le meilleur moyen est le suivant : avec une seringue très-fine, il injecte dans l'épaisseur du tissu malade, en évitant avec soin de *pénétrer dans la cavité articulaire*, la solution suivante : une drachme de teinture d'iode pour une once d'eau. On injecte, par deux ou trois points, 5 gouttes de liquide dans chacun, puis on établit une forte compression par un bandage élastique. Dès que les tissus commencent à durcir, il conseille de commencer les mouvements. M. Gosselin n'a pas essayé cette méthode et ne peut par conséquent se prononcer sur sa valeur pratique, la théorie, qui est bonne en principe, est cependant de nature à engager à en faire essai, mais avec beaucoup de prudence.

Fig. 45. — *Appareil modelé de Burggraeve. Bandage amidonné.*

f. EXOSTOSE SOUS-UNGUÉALE. — *Ablation de l'exostose et évidement de la phalange correspondante.* — Il est important de retenir que cette affection récidive très-facilement, surtout chez les jeunes sujets ; aussi doit-on avoir recours à une opération radicale (2). Sans

(1) R. Barwell, *British med. Journ.*, 17 octobre 1874, et *Revue méd. de l'Est*, 1er avril 1875.

(2) Legoupil, *Revue médico-chirurgicale de Malgaigne*, t. VIII, p. 21, 1850.

enlever complétement la phalange avec une pince coupante, comme le voulait Lisfranc, M. Gosselin (1), après anesthésie locale, conseille de séparer d'abord l'exostose, qui se coupe facilement, puis de racler ou évider la surface osseuse correspondante en faisant une petite excavation pour dépasser les limites du mal.

Legoupil, dans son travail, dit que Liston (de Londres) et Lenoir (de Paris) préféraient l'amputation dans l'article des deux premières phalanges afin de mettre les malades plus sûrement à l'abri des récidives. Le Dr Debrou (d'Orléans) (2) ampute dans la continuité de la phalangette en ménageant un lambeau dorsal aux dépens du derme sous-unguéal, et un lambeau plantaire. Ce chirurgien, dit M. Gosselin, avait fondé son procédé sur deux dissections qui lui avaient montré que l'origine et l'implantation de la tumeur se faisaient habituellement sur le bord antérieur de la phalangette et se prolongeaient assez peu sur la face supérieure pour que l'amputation, au lieu indiqué, pût être faite avec la certitude d'enlever tout le mal, au delà du point qui pourrait former une repullulation. La petite excavation que M. Gosselin pratique pour dépasser les limites du mal, lui paraît suffisante pour mettre à l'abri de la récidive, aussi n'emploie-t-il pas le procédé de M. Debrou qui lui paraît assumer un caractère de gravité plus considérable.

M. Gosselin range cette affection dans le groupe des maladies chirurgicales dites *de l'adolescence*.

g. Tarsalgie des adolescents. — *Repos, immobilisation. — Section des tendons des péroniers.* — M. Gosselin ne croit pas que cette affection (dite pied valgus, plat ou creux) dépende d'une contraction primitive des muscles, comme le croient Nélaton, Duchenne (de Boulogne), J. Guérin, Bonnet de Lyon (3), mais d'une *ostéo-arthrite médio-tarsienne* appartenant à la variété des arthrites sèches. Selon lui, l'altération articulaire est primitive, la contracture n'est que secondaire et disparaît, selon le degré de la maladie, soit pendant le repos simple, soit pendant le sommeil anesthésique. Lorsque la tarsalgie qui reconnaît pour cause la station debout et les marches prolongées à une époque de la vie où le pied n'est pas assez solidement organisé pour supporter le poids du corps augmenté souvent de celui d'autres fardeaux, lorsque la tarsalgie dure depuis longtemps, il peut se faire que les muscles passent à un raccourcissement permanent qui constitue la rétraction : il peut même se

(1) Gosselin, *Bull. Soc. chir.*, 12 juin 1861.
(2) Debrou, *Gazette hebdomadaire*, p. 355, 1860.
(3) Voir service de M. Duplay.

faire que les articulations médio-tarsiennes et surtout l'articulation astragalo-scaphoïdienne s'ankylosent par fusion : mais la suppuration n'arrive jamais. — Le repos et l'immobilisation, parfois l'application d'un ou de plusieurs vésicatoires, ou d'un bandage inamovible pendant deux ou trois mois suffisent à amener une guérison solide et définitive. — Du reste, cette affection n'existe plus ou tend à disparaître quand le malade arrive à l'âge adulte. Lorsque les péroniers sont rétractés, il faut sectionner leurs tendons avant d'appliquer l'appareil et de mettre le pied dans une bonne position.

Peu de chirurgiens de nos jours adoptent encore la théorie de l'ostéo-arthrite défendue toujours par notre maître M. Gosselin : tout récemment encore (1), ce professeur a mis, au nom de M. Raynaud, sous les yeux de l'Académie une *pièce anatomique* (c'est la deuxième, je crois, qu'il produit à l'appui de sa théorie) se rapportant à un cas de *tarsalgie des adolescents avec autopsie*. Il s'agissait d'une jeune fille morte de fièvre typhoïde, chez laquelle, à son entrée à l'hôpital, M. Raynaud diagnostiqua une tarsalgie probablement développée occasionnellement par l'abus de la station verticale. Le repos au lit, l'application d'un vésicatoire amenèrent une amélioration telle, qu'au bout d'un mois la malade se préparait à quitter l'hôpital : morte subitement d'une fièvre typhoïde bénigne pourtant, elle a permis de faire l'autopsie du pied tarsalgique, et voici ce qu'a révélé l'examen : articulation médio-tarsienne intacte ; altérations : 1° de l'articulation du scaphoïde avec le deuxième et le troisième cunéiforme; 2° de l'articulation de ces deux os entre eux; 3° de leurs articulations avec les deuxième et troisième métatarsiens. Ces altérations se rapportent à l'*arthrite sèche*, moins les ostéophytes qui font ici absolument défaut : en revanche il y a usure ou plutôt ulcération des cartilages articulaires et tendance à la soudure des surfaces osseuses mises en contact par la disparition de leur cartilage d'encroûtement. — Contrairement aux faits habituellement observés en clinique, la contracture n'existait pas et les muscles péroniers examinés avec soin n'ont présenté aucune altération.

h. Péri-arthrite du genou. — *Combattre la contracture.* — *Éviter l'immobilisation.* — Dans une lettre adressée à M. Duplay, ce professeur (2) dit qu'il a cru constater que certaines manifestations douloureuses et inflammations observées parfois sur le genou ont leur siége dans les *parties extra-articulaires*, sans que la synoviale

(1) Gosselin, *Acad. de méd.*, 17 avril 1877.
(2) Gosselin, *Arch. gén. méd.*, oct. 1873.

soit mise en jeu. Il ne peut toutefois spécifier quel est au juste le tissu affecté, il a observé 4 fois chez des jeunes femmes certains phénomènes du côté du genou (douleur spontanée, claudication, contracture des fléchisseurs de la jambe, crépitation sèche amidonnée) qu'il attribue à de la *péri-arthrite* soit subaiguë, soit même chronique. La synoviale ne présente aucun épaississement, et il n'y a aucun épanchement articulaire, il admet aussi la péri-arthrite *à forme névralgique* et n'est pas éloigné de croire que l'adolescence, comme pour la tarsalgie, intervient pour une certaine part dans l'étiologie de cette affection. — La contracture ne se montre généralement qu'après la claudication et la douleur, et par conséquent n'est pas la cause de l'affection. — Il faut combattre cette contracture par des moyens appropriés et soumettre le membre à du massage et à des mouvements répétés de flexion et d'extension.

i. Ostéite a forme névralgique (abcès faux des os longs). — *Trépanation.* — Ces abcès (1) ne présenteraient pas, suivant M. Gosselin, une symptomatologie sensiblement différente des abcès vrais, étudiés par Gerdy et Brodie en 1846, et plus récemment par M. Ed. Cruveilhier (2). Les phénomènes observés par ce professeur dans les 6 cas d'*abcès faux* qu'il a eu occasion de rencontrer, sont identiques, et les douleurs si vives et si rebelles siégeant sur un os hypertrophié, qui a ou non suppuré autrefois, n'indiquent pas inévitablement la présence d'une collection purulente. On ne peut donc formuler qu'un diagnostic de présomption. Ces douleurs ne tiennent pas au faux abcès, mais à une *névrite osseuse* due à la propagation de l'ostéite aux filets nerveux de l'os malade ou à la compression des nerfs par la condensation des canaux osseux dans lesquels ils passent. — Il conseille, comme traitement, l'usage du *trépan* par cette raison que le diagnostic étant impossible entre l'abcès vrai et l'abcès faux, et l'opération n'offrant pas de danger bien réel, il vaut mieux l'appliquer que de laisser le malade souffrir quelquefois horriblement. — En cas d'*hyperostose ostéo-névralgique*, la trépanation peut être suivie d'une grande amélioration même dans les cas où il n'y a pas de pus : il conseille cependant, avant de recourir à ce moyen, d'épuiser tous les autres moyens locaux et généraux dont le chirurgien peut disposer. Comme le dit M. Perret, la trépanation joue ici le rôle d'un véritable débridement et fait disparaître la maladie comme l'incision dans le phlegmon diffus, en levant l'étranglement.

(1) S. Perret, *De la trépanation dans les abcès des os et dans l'ostéite à forme névralgique.* Th. inaug. Paris, 1876.

(2) Voir le service de M. le docteur E. Cruveilhier.

3° AFFECTIONS OCULAIRES.

a. Ophthalmie blennorrhagique. — *Collyre à l'alcool.* — M. Gosselin ne la traite ni par les émissions sanguines ni par les cautérisations énergiques ; il donne la préférence aux lavages répétés avec de l'eau simple et à l'usage du collyre à l'alcool qui agit directement sur les globules du pus et en diminue l'abondance.

M. Gosselin conseille de faire, dans l'œil malade, toutes les heures une injection d'un mélange d'un tiers d'alcool rectifié pour 2/3 d'eau. Quatre fois il a employé ce moyen avec succès et il a obtenu la guérison sans aucune altération de la cornée : dès le premier jour le chémosis diminue, puis la suppuration devient moins abondante et la rougeur disparaît. En même temps, il est bon de faire autour de l'œil des frictions avec l'onguent mercuriel belladoné pour pallier les douleurs, et de soumettre à l'usage des purgatifs : calomel à la dose de 1 gramme. Le nitrate d'argent déterminerait, selon lui, une excitation locale plus vive, et occasionnerait au malade des douleurs atroces, intolérables : de plus il ne diminue pas toujours l'abondance de la suppuration, l'escarre superficielle qu'il produit est suivie, au contraire, d'un afflux purulent plus considérable, aussi ce professeur préfère-t-il de beaucoup l'usage du *collyre à l'alcool.*

b. Kyste folliculaire des paupières. — *Temporisation, puis ablation.* — Selon M. Gosselin ces petites tumeurs kystiques peuvent disparaître spontanément après un certain temps : comme elles sont généralement indolentes, on peut d'abord temporiser en conseillant une pommade insignifiante. Si elles augmentent et que la maladie réclame une intervention chirurgicale, opérer soit par la peau soit plutôt du côté de la muqueuse en se servant de la pince de Desmarres (fig. 46). Cette pince, qui empêche l'écoulement du sang

Fig. 46. — *Pince de Desmarres.*

pendant l'opération, est une pince ordinaire dont les mors sont remplacés par une plaque ovale et un anneau parfaitement poli. La plaque est glissée sous la paupière malade, pendant que l'anneau

en chasse la tumeur; l'immobilité est obtenue par une vis que l'on peut serrer à volonté. Si, durant l'ablation, on voit qu'on ne peut éviter de faire une petite fenêtre intéressant à la fois la peau et la muqueuse, il ne faut pas hésiter à la pratiquer, car cette ouverture n'a pas un grand inconvénient ultérieur ; il ne se produit jamais de fistule.

c. TUMEUR ET FISTULE LACRYMALES. — *Cautérisation du sac.* — Le but qu'on doit se proposer est de modifier la muqueuse du sac et de la transformer en tissu fibreux, en membrane cicatricielle. M. Gosselin pratique l'incision de la tumeur assez largement ; il ne fait pas usage du spéculum porte-caustique de Delgado de Madrid (fig. 47) composé de trois valves E, E montées à angle droit sur un

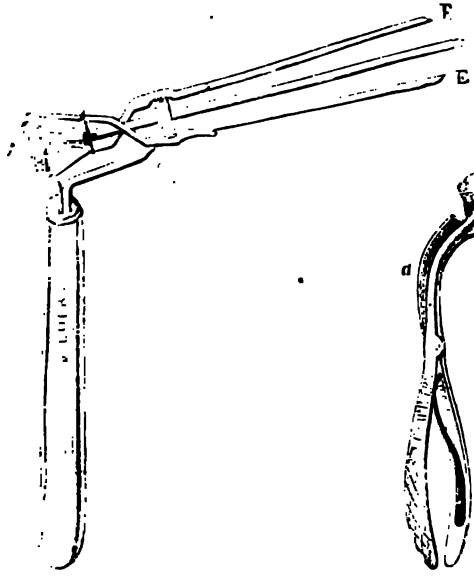


Fig. 47. — *Porte-caustique de Delgado de Madrid.*

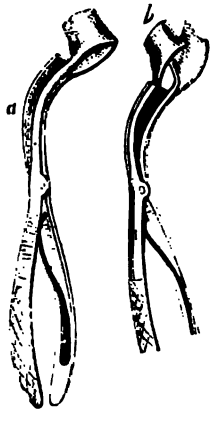


Fig. 48. — *Spéculum de Magne.*

manche et entre les valves duquel joue un mandrin A destiné à pousser le caustique jusqu'au fond de la plaie à l'entrée du canal nasal. Il introduit le spéculum de Magne (fig. 48) modifié par Manfredi qui est composé de deux valves principales *b*, auxquelles s'ajoute une petite valve *a* destinée à protéger la joue contre le contact du caustique : puis, à l'aide d'un petit pinceau d'amiante trempé dans le beurre d'antimoine, il cautérise profondément

tous les points du sac, en ayant soin de protéger l'œil et les paupières. Immédiatement après, petite queue de cerf-volant (charpie) remplissant la cavité. Les jours suivants, tant qu'il n'a pas vu une escarre blanchâtre sortir, il répète la même cautérisation, puis se sert du crayon de nitrate d'argent quand la cavité commence à granuler; entretient la suppuration pendant 8 ou 10 jours avec de la charpie en queue de cerf-volant. C'est moins l'oblitération du sac, à laquelle M. Gosselin ne croit pas beaucoup, que la modification intérieure qu'il cherche à obtenir par les cautérisations successives.

d. BLEPHAROPTOSE. — *Traitement palliatif. — Emploi de la pince élastique de Sichel.* — Lorsque la blépharoptose ou ptosis (chute de la paupière supérieure) est *complète* et *congénitale*, il n'y a pas lieu d'espérer la guérison, car il est impossible de reconstituer un muscle ou un nerf originairement mal formé (1), on peut essayer : mais sans espoir, l'emploi de l'électricité et des stimulants cutanés. Une fois qu'on a bien persuadé au malade qu'il n'y a pas de ressource pour une guérison radicale, on aura recours à un traitement palliatif. On emploiera la petite et légère pince élastique de Sichel (fig. 49) dont les branches se rapprochent par un mécanisme analogue à celui des serres-fines. On interposera entre les deux branches de cet instru-

Fig. 49. — *Pince élastique de Sichel.*

ment un pli vertical de la paupière supérieure assez large pour que les bords palpébraux restent écartés. Cette pince cependant ne devra pas être maintenue en place trop longtemps de peur de la formation d'escarre. Cette ressource palliative, dit M. Gosselin, est plus particulièrement applicable, si les deux côtés sont atteints en même temps de l'infirmité congénitale, ce qui est très-rare, ou si l'autre œil avait été privé par une cause quelconque de ses fonctions visuelles. M. Gosselin repousse complétement les opérations qui ont pour but de diminuer la longueur de la paupière en faisant une perte de substance à la peau ou au muscle orbiculaire (de Græfe) : d'abord, on coupe toujours ou pas assez ou trop de tissus.

Pour le ptosis accidentel on prescrira des frictions stimulantes sur le front et la tempe avec le *liniment ammoniacal* ou une *pommade à*

(1) Gosselin, *Nouv. Dictionnaire de méd. et de chir. prat.*, t. V, p. 293. Art. BLÉPHAROPTOSE.

la strychnine (5 centigrammes pour 4 grammes d'axonge), enfin, on s'adressera à l'*électrisation du muscle* en introduisant une aiguille à acupuncture jusqu'au niveau du muscle, dans l'épaisseur de la paupière, et en agissant avec l'autre conducteur muni d'une éponge mouillée et placée sur la région temporale ou derrière l'oreille, 30 ou 40 séances, d'abord tous les deux jours, puis tous les jours.

4° MALADIES DE LA BOUCHE.

a. GRENOUILLETTE. — *Excision et cautérisations répétées.* — Comme, après la simple incision, la cicatrisation des bords de la plaie a lieu très-facilement, M. Gosselin fait d'abord, en attirant le kyste avec un ténaculum, une excision de la paroi, puis l'ablation circulaire des bords de cette ouverture, ce qui constitue une large perte de substance; il cautérise immédiatement avec le crayon de nitrate d'argent tout l'intérieur du kyste et répète même les jours suivants cette cautérisation pour maintenir l'orifice fistuleux et favoriser le bourgeonnement des parois.

Fig. 50. — *Compresseur des amygdales de Ricord.*

b. HÉMORRHAGIE A LA SUITE DE L'EXTIRPATION DES AMYGDALES (Moyens divers). — L'hémorrhagie véritable est généralement assez rare. Il faut toujours s'attendre à un écoulement sanguin qui dure au moins 15 à 20 minutes; s'il persiste, M. Gosselin emploie d'abord les moyens simples, tels que la compression digitale (indicateur entouré d'un linge et appliqué directement sur la plaie amygdalienne), l'eau vinaigrée (3 cuillerées à café de vinaigre pour un verre), l'eau additionnée d'une 1/2 cuillerée à café de perchlorure de fer pour un 1/2 verre. Si l'écoulement ne s'arrête pas, glaçons hémostatiques de Chassaignac appliqués sur la région de l'amygdale, enfin compression sur ce point avec un bourdonnet trempé dans le perchlorure et bien exprimé. La pince de Hervez de Chégoin (2 branches, l'une interne appuyant sur l'amygdale, l'autre externe sur la région parotidienne) peut aussi rendre service.

Il en est de même de la pince de Ricord (fig. 50), qui se compose de deux tiges articulées en C, de manière à pouvoir être démontées facilement; l'une des tiges supporte une petite pelote A comprimant la surface saignante, l'autre une pelote plus grande B s'appuyant sur l'angle de la mâchoire. Le compresseur en place, il suffit de tourner la vis D pour assurer une compression suffisante et immobiliser l'appareil.

La pince à pression continue et graduée de Marcellin Duval peut être (fig. 51) employée au même usage.

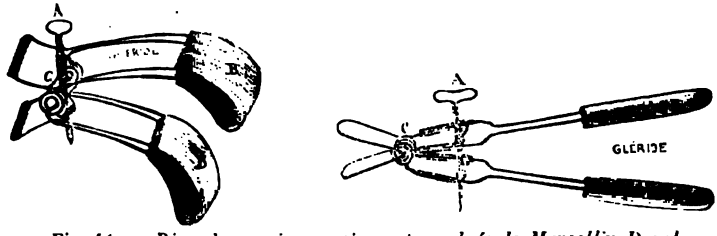


Fig. 51. — *Pince à pression continue et graduée de Marcellin-Duval.*

5° AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES (HOMME ET FEMME).

a. POLYPE UTÉRIN. — *Section du pédicule avec l'instrument tranchant ou les ciseaux.* — M. Gosselin commence par un traitement préparatoire pour diminuer la congestion utérine, repos, lavements froids, etc. ; il ne prévient la malade qu'au moment de l'opération; il la pratique, si c'est possible, à son lit pour éviter tout déplacement; attire la tumeur avec les griffes de Museux (fig. 52), s'assure avec le doigt qu'il n'existe pas de vaisseaux volumineux autour du pédicule qu'il coupe avec de gros ciseaux courbes. Si le pédicule est trop gros, il le sectionne en plusieurs fois ou bien il combine la section et la torsion. Si la tumeur est trop volumineuse pour sortir, il pratique son morcellement comme Velpeau l'a conseillé un des premiers. Il n'y a pas d'inconvénient à laisser une petite portion du pédicule, car sa section n'est pas généralement le siége d'une repullulation. Les hémorrhagies à la suite de la section du pédicule sont très-rares, selon M. Gosselin : sur 30 opérés il n'a observé qu'une seule fois une véritable hémorrhagie qui s'arrêta facilement par le tamponnement. Il nie, en ce cas, la supériorité de la ligature extemporanée qui expose beaucoup plus à la métro-péritonite.

Pour mettre les malades à l'abri des complications (infection purulente, métrite, métro-péritonite), il faut : 1° simplifier le plus

le l'opération (plaie nette par l'emploi des ciseaux) ; 2° éviter
urement les pansements, les cauté-
ns, le tamponnement ; n'avoir recours
dernier moyen que s'il y a hémorrha-
ais ne pas le faire d'une façon préven-
3° prescrire le repos le plus complet,
s secouer l'utérus par des attouche-
intempestifs, éviter toute exploration
ant 8 ou 10 jours au moins, en un mot
r l'opérée dans la tranquillité la plus
ue.

Prolapsus complet de la matrice. — *ire Borgniet.* — M. Gosselin n'est par-
ni de l'*épisioraphie* qui a pour but de
ir l'entrée du vagin et d'apporter ainsi
stacle à la descente des parties placées
ssus, ni de la résection sous-vaginale
l-utérin (Huguier). La première de ces
tions (1) ne donne pas de succès ou
ne guère qu'une guérison temporaire :
onde occasionne quelquefois la mort
éritonite. Il adopterait plus volontiers
cédé de Desgranges (de Lyon) qui est
cement du vagin avec de fortes serres-
2) parce qu'il ne lui paraît pas aussi
reux : il ne connaît du moins au-
ait de mort après son emploi, et il l'a
lui-même plusieurs fois avec avan-

Fig. 52. — *Pince de Museux à six griffes.*

procédé consiste à rétrécir le vagin
pplication d'une douzaine de serres-
à sa partie supérieure. Ces *serres-fines*
53) représentent de petites pinces à
on continue, longues de 70 à 75 mil-
es et courbées sur le plat. Leurs mors sont garnis (Gaujot
llmann) de petites pointes. Pour les mettre en place, Des-

osselin, *Cliniq. chirurg. de la Charité*, t. II, p. 538, 1873.
esgranges, *Nouveau procédé de cure radicale pour les chutes de l'utérus médico-chirurgicale*, juin 1831). — *Mémoire sur le traitement de la chute de par une nouvelle méthode* (*Comptes rendus et Mémoires de la Société de*. Paris, 1853, 1re série, t. IV, p. 113 et *Gaz. méd.*, 1853, nos 5, 25).

granges se sert d'une *tenette à gouttière :* c'est une pince dont l'un des mors est remplacé par un demi-anneau long et ouvert en de-

Fig. 53. — *Serre-fine vaginale de Desgranges.*

dans, le mors opposé est terminé par une extrémité assez amincie pour pouvoir s'insinuer dans les rainures qui se trouvent sur la partie moyenne et externe des branches de la serre-fine vaginale et

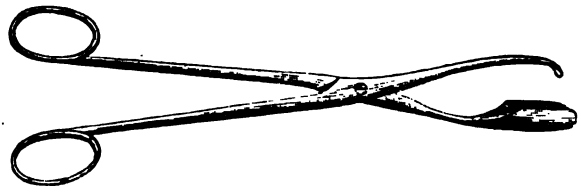


Fig. 54. — *Tenettes à gouttière de Desgranges.*

permettre la facile application de chacune d'elles. Seulement, ajoute M. Gosselin, si ce procédé a quelque chance de réussir dans la seconde variété de prolapsus, il n'en est plus de même dans la troisième, surtout lorsque la malade a passé la quarantaine et lors-

Fig. 55. — *Érigne retenue dans les Tenettes à gouttière.*

que, la précipitation datant de plusieurs années, il n'est pas permis d'espérer que les cicatrices multipliées, consécutives à la chute des serres-fines, corrigeront les effets d'un relâchement très-considérable tant des tissus de l'excavation pelvienne que de ceux de la vulve elle-même.

M. Gosselin pense que dans ces cas de prolapsus il est préférable d'avoir recours aux *palliatifs*, c'est-à-dire à un pessaire *muni d'un support extérieur :* les autres pessaires dits, gimblette, bondon, élytroïde, etc., sortent trop facilement au moindre mouvement à cause de la laxité de l'ouverture vulvaire.

Le modèle qu'il adopte pour ces chutes complètes de la matrice est celui de M. Borgniet. Il se compose d'une tige en caoutchouc, sorte

de cylindre ou bondon A long de 2 à 3 centimètres, régulièrement excavé ou très-fortement échancré à sa partie supérieure et fixé à sa partie inférieure sur une plaque creuse en gutta-percha BCDE,

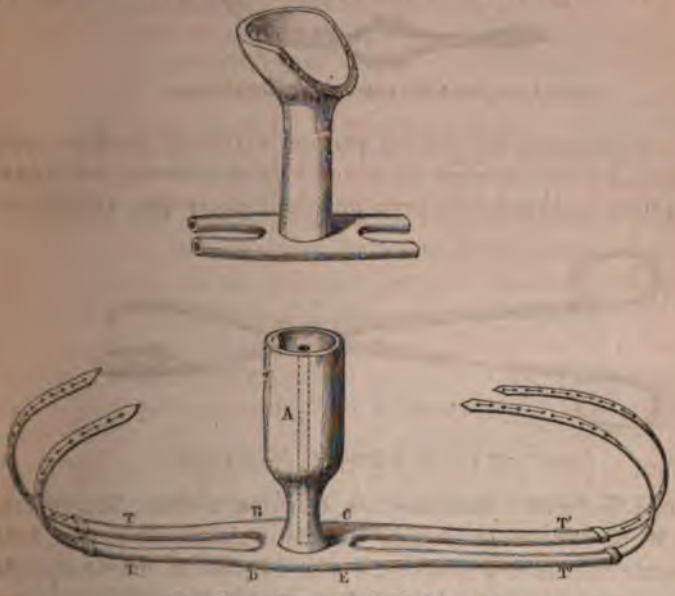


Fig. 56. — *Pessaire de M. Borgniet.*

laquelle se termine en avant et en arrière par des tubes sous-cuisses de caoutchouc TTT'T'. Ceux-ci vont, par l'intermédiaire de lanières de cuir, s'attacher à une petite ceinture faite exprès. L'application de cet appareil est des plus faciles. La ceinture étant d'abord fixée autour du corps, le cylindre est conduit dans le vagin et la plaque périnéo-vulvaire qui le supporte est fixée à la ceinture par les quatre courroies. L'utérus et le vagin se trouvent ainsi maintenus de deux façons : 1° par le bouchon qui soutient le col de l'utérus ; 2° par la plaque qui conjointement avec le bouchon ferme la vulve et s'oppose à la descente.

M. Gosselin a appliqué cet appareil un certain nombre de fois, et d'après les résultats qu'il lui a donnés il pense que de tous les palliatifs, en fait de prolapsus complet de la matrice, c'est là le plus avantageux. Nous ne savons pas s'il a essayé le *pessaire à anneau* de M. Dumontpallier dont nous donnerons plus loin la description détaillée à propos de notre service (1).

(1) V. service de M. le docteur Gillette.

c. KYSTE SUPPURÉ DES GRANDES LÈVRES. — *Drainage.* — *Incision.* — Si la poche a des parois peu épaisses, M. Gosselin préfère le drainage parce qu'une fois le tube passé, on n'a plus qu'à faire des injections quotidiennes par un des orifices du drain : la guérison est obtenue en trois semaines environ. Si les parois sont épaisses, le séjour d'un simple tube ne suffit plus pour faire granuler l'intérieur du kyste ; il pratique alors une *très-grande incision* dont il maintient les bords écartés à l'aide d'un tampon de charpie qui provoque la naissance de bourgeons charnus et dont il renouvelle le pansement chaque jour.

d. FISTULE RECTO-VAGINALE. — *Dilatation forcée de l'anus, avivement par le rectum.* — Un principe de thérapeutique, applicable à ces fistules, qui a une immense importance selon M. Gosselin, est le suivant : diminuer le plus possible l'ouverture, c'est-à-dire substituer à un orifice très-étendu (12 millimètres en hauteur, 7 à 8 millimètres en largeur par exemple) un autre beaucoup plus étroit, 2 ou 4 millimètres. Cette diminution équivaut, pour ainsi dire, à une guérison complète.

Cela est si vrai, que les femmes chez lesquelles on a réussi à substituer une fistule très-étroite à une large fistule, croient souvent qu'elles n'ont plus rien et sont si peu incommodées qu'elles se disent complétement guéries : on les examine et on trouve une petite fistulette qui ne laisse plus passer les gaz et que la muqueuse vient boucher au moment de la défécation pourvu que les matières soient un peu solides.

Un second principe opératoire essentiel est de pratiquer l'avivement, l'affrontement et les sutures du pourtour de la fistule non-seulement suivant les bords, mais encore en surface, comme cela a été indiqué par Jobert d'abord, puis par les chirurgiens américains pour la fistule vésico-vaginale.

Il existe à cet égard deux modes opératoires principaux : 1° *faire l'avivement du côté du vagin,* puis pratiquer les sutures en repoussant la partie froncée du côté du rectum ; 2° *faire l'avivement du côté du rectum* (Demarquay) en rejetant au contraire les sutures dans la cavité vaginale. Cette dernière manière de procéder, qui certainement est la meilleure, car les gaz et les matières fécales ne viennent pas irriter la partie avivée, nécessite d'après Demarquay, afin de se créer une voie plus large, l'incision des parties postérieures depuis l'anus jusqu'au coccyx.

M. Gosselin, dans la crainte que cette incision ne détermine ultérieurement un relâchement du sphincter et par suite une incon-

tinence des matières fécales, a cherché à l'éviter en la remplaçant par la *dilatation forcée de l'anus préalable*. Voici les différents temps qui président à cette opération :

Fig. 57. — *Valve postérieure de Jobert.*

1° Dilatation forcée de l'anus.

2° Anus maintenu écarté et élargi par deux écarteurs analogues

Fig. 58. — *Valve antérieure de Jobert.*

à ceux que Jobert employait pour opérer la fistule vésico-vaginale (fig. 57, 58, 59) : la fistule se présente d'elle-même ou est légèrement attirée.

Fig. 59. — *L'une des deux valves latérales de Jobert.*

3° Le doigt d'un aide entouré d'ouate, introduit dans le vagin, repousse encore l'orifice du côté du rectum.

d. Avivement, par la cavité rectale, de tout le contour de la fistule, en surface et en ne comprenant qu'une épaisseur assez mince de tissus, à l'aide des ciseaux (fig. 60) employés pour les opérations ophthalmologiques.

4° Points de suture intéressant l'épaisseur de la paroi rectale, mais ne comprenant pas le vagin.

De cette façon les gaz intestinaux et les matières fécales ne rencontrent la muqueuse qu'au niveau d'un point non avivé, de sorte

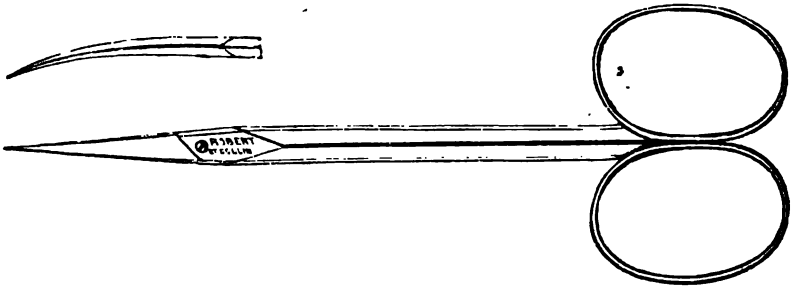


Fig. 60.

que le travail plastique et les adhérences qui en sont l'heureuse conséquence ne se trouvent nullement entravés.

M. Gosselin croit aussi qu'il est bon, comme M. Tillaux l'a indiqué dans ce genre d'opération, d'introduire immédiatement après, dans le rectum, une grosse sonde et de l'y laisser à demeure pour permettre au gaz et aux matières liquides de s'écouler facilement : si la malade peut la supporter, c'est évidemment une garantie de plus pour le succès de la réunion des bords avivés, mais malheureusement il n'en est pas toujours ainsi. De plus, on doit avant l'opération purger largement la malade et la soumettre, après, à une diète modérée (bouillon, vin, etc.) et à l'administration de 5, 10, 15 centig. d'extrait opiacé.

e. Rétention d'urine. — *Cathétérisme repété :* en cas d'urgence, *ponction aspiratrice.*

1° L'une des causes les plus fréquentes se rencontre dans une hypertrophie partielle ou totale de la prostate (cause mécanique) et dans une insuffisance des contractions vésicales, atonie, inertie de la vessie (cause dynamique), cet organe ayant eu à lutter longtemps contre l'obstacle représenté par l'augmentation de la prostate.

L'indication thérapeutique est alors *d'empêcher le réservoir urinaire de se distendre* outre mesure, car il y a à craindre, non pas la rupture qui ne peut avoir lieu que si un choc violent vient s'ajouter à

cette réplétion, mais la douleur parfois très-vive et surtout la distension des uretères, des bassinets, des calices et des tubes urinifères : les vaisseaux et les corpuscules de Malgiphi se trouvant comprimés, les reins perdent leurs fonctions et s'atrophient : l'urine reste alors dans le sang (*Urémie chirurgicale*, Gosselin, Sédillot).

Il faut donc éviter de laisser les fibres musculaires de la vessie dans un état d'allongement permanent et par conséquent on doit *cathétériser le malade deux et trois fois par jour* à l'aide de sondes molles bien douces terminées par un bout olivaire. Dans ce cathétérisme répété on n'emploiera pas l'algalie métallique. La sonde à demeure est certainement le meilleur moyen pour mettre la fibre musculaire de la vessie dans le relâchement le plus complet, mais elle expose bien plus que le mode précédent à la *cystite purulente*. Toutefois cet accident est bien moins à craindre chez les jeunes sujets que chez les vieillards.

2° S'il y a *rétention d'urine complète* et que le cathétérisme ait échoué à plusieurs reprises, il y a indication de créer immédiatement une voie artificielle pour donner issue à l'urine, c'est-à-dire, de pratiquer la *ponction hypogastrique*. L'École chirurgicale à laquelle nous avons été élevé n'en admettait pour ainsi dire l'indication qu'à la dernière extrémité, s'exagérant peut-être un peu les accidents (l'infiltration urineuse surtout) qui en sont la conséquence, et nous prescrivait de répéter nos tentatives de cathétérisme, de persévérer enfin jusqu'à ce que nous ayons réussi à franchir l'obstacle. Ce conseil est excellent, nous l'avouons, mais seulement quand nous avons affaire à un malade qui nous arrive sans avoir passé successivement par les mains de plusieurs chirurgiens pas plus heureux les uns que les autres : mais quand le malade nous dit que les cathétérismes antérieurs ont déterminé de l'écoulement sanguin, quand il existe une ou plusieurs fausses routes, persévérer au delà d'une certaine limite, dans ces tentatives de cathétérisme chez un malade dont la vessie est complétement distendue, ne peut être la règle de conduite à suivre.

C'est du reste l'opinion de M. Gosselin qui ne regarde pas la *ponction faite avec l'aspirateur* comme une opération bien grave : nous la lui avons vu pratiquer avec succès plusieurs fois dans son service de la Charité. Comme cette ponction doit être, les jours suivants, répétée un plus ou moins grand nombre de fois, nous pensons qu'il serait peut-être préférable de laisser la canule à demeure jusqu'à ce qu'on ait rétabli la continuité du canal. Il y a évidemment une grande différence, au point de vue de la gravité, entre la

ponction faite, comme on opérait autrefois, avec le trocart de frère Côme et celle qui est pratiquée de nos jours avec l'aspirateur.

f. HYDROCÈLE VAGINALE. — *Injections de teinture d'iode, de vin chaud.* — Ce professeur, dans le traitement de l'hydrocèle de la tunique vaginale, pratique soit l'injection iodée, soit celle de vin chaud, et voici dans quelles circonstances : lorsqu'il s'agit d'une hydrocèle simple bien transparente, sans épaississement des tuniques et sans vaginalite antérieure, il préfère la teinture d'iode qui a pour effet la guérison de l'hydrocèle, sans amener l'oblitération de la séreuse. Si, au contraire, il a affaire à une hydrocèle récidivée avec adhérences résultant de vaginalite ancienne, avec production de fausses membranes et épaississement des tuniques, la teinture d'iode lui paraît insuffisante, et c'est à l'*injection de vin chaud* qu'il s'adresse parce que, par suite de l'inflammation plus vive qu'elle détermine, elle donne lieu, ce qui est indispensable pour la cure de cette affection en pareil cas, à l'oblitération de la séreuse par adhérences. Dans ce dernier cas il y a anémie testiculaire et suppression de la fonction spermatique, inconvénient qui ne suit pas l'injection pratiquée avec la teinture d'iode. Il y a urgence d'arriver, pour cette seconde variété, à une guérison définitive, sans cela elle ne tarderait pas à se convertir en hydro-hématocèle qui exigerait une opération plus grave : il vaut mieux chercher à oblitérer tout de suite la vaginale, et on y parvient à l'aide d'injections de vin chaud.

g. PARAPHIMOSIS. — *Essai de réduction par le taxis, puis s'abstenir et temporiser.* — Si l'accident est de date récente, tenter la réduction par la méthode classique qui réussit le plus souvent ; s'il remonte à 8 ou 9 jours, M. Gosselin temporise et se contente d'appliquer des émollients. Les incisions qu'on a conseillé de pratiquer au niveau de l'orifice préputial, non-seulement ne sont pas efficaces mais peuvent être fort dangereuses. En pareil cas, ce qui empêche le prépuce de revenir en avant, ce n'est pas la constriction, l'étranglement, mais bien les adhérences établies entre deux surfaces qui habituellement glissent sur l'autre. Tant que le tissu cellulaire interposé entre la peau et la muqueuse ne se sera pas condensé par un travail plastique, on pourra essayer le taxis du paraphimosis avec chances de réussir, et dans ce cas alors il est bien clair que le débridement est tout à fait inutile. Si cette matière plastique s'est organisée, ne point chercher à réduire, mais temporiser. Qu'arrive-t-il? Une fois la période douloureuse passée, la miction continue à être aussi facile et il n'y a par conséquent aucun avantage à prati-

quer des incisions. De plus, dans la suite, le retrait du prépuce en arrière reste le même, la matière plastique se résorbe, mais les adhérences persistent, et le malade se sera en quelque sorte opéré lui-même de son phimosis.

A la clinique de Leipzig, une méthode employée avec succès pour la réduction du paraphimosis est la *compression élastique*. Le Dr Lépine vient de l'appliquer également avec bonheur. Après plusieurs tentatives (1) pour la réduction d'un paraphimosis datant de six jours, ce praticien entoura le gland jusqu'à la couronne d'un petit lac en caoutchouc de 1 centimètre de largeur sur lequel il en plaça un autre plus étroit. Au bout de dix minutes, le gland qui était gonflé et étranglé devint pâle et plissé et la réduction fut facile.

6° POLYPES DES FOSSES NASALES.

a. Polype fibreux naso-pharyngien. — *Opérations palliatives.* — M. Gosselin n'opère que si le mal gêne beaucoup le patient ou détermine des hémorrhagies graves. Il préfère les opérations palliatives et surtout l'emploi des flèches caustiques qui détruisent des portions successives de la tumeur ; et, ayant en vue toujours que c'est là une affection de l'adolescence, il cherche à prolonger la vie du malade jusqu'au moment de l'âge adulte, époque où le produit morbide change de nature, peut diminuer de lui-même ou bien être enlevé par une opération plus simple. Il n'est guère disposé à avoir recours aux incisions palatines ni aux resections temporaires du maxillaire.

M. Gosselin est donc d'avis, en fait de polype fibreux naso-pharyngien, qu'il ne faut pas se hâter de pratiquer une opération grave à moins qu'il y ait lieu à intervenir d'urgence : il serait tenté de classer cette affection dans le cadre des *maladies chirurgicales de l'adolescence :* il a vu en effet sur l'un de ses malades une de ces tumeurs qui avait subi un simple arrachement, par suite de menace d'asphyxie, *disparaître spontanément* à l'âge où l'adolescence finit. Ce fait doit-il être considéré comme la règle ? il n'ose se prononcer aussi catégoriquement ; mais tout ce qu'on sait, c'est que les récidives qui ont été publiées portent toutes sur des jeunes gens. Faites, dit-il, que votre sujet devienne adulte, et si sa tumeur ne disparaît pas d'elle-même, vous aurez grande chance de le guérir alors sans récidive par une opération, car, passé un certain âge, on ne parle plus de

(1) *Gazetta medica ital.*, et *Revue de thér. méd.-chir.*, p. 248, 1875.

récidive dans les observations connues. La conséquence thérapeutique est qu'il ne faut faire d'opérations graves et complexes que si les opérations simples (arrachement, excision, ligature) et palliatives sont insuffisantes pour faire vivre les malades jusqu'à la fin de l'adolescence, ou bien si, le sujet ayant passé ce terme de la vie, on ne voyait point la tumeur diminuer et s'affaisser par un travail de résorption spontanée.

Quand il y a lieu d'intervenir, il a recours plutôt à l'*arrachement* par la voie bucco-pharyngienne en se servant d'une bonne pince

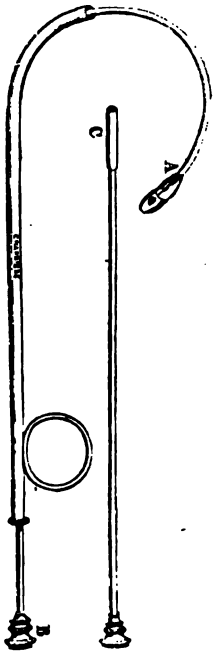


Fig. 61. — *Sonde de Belloc (ancien modèle).*

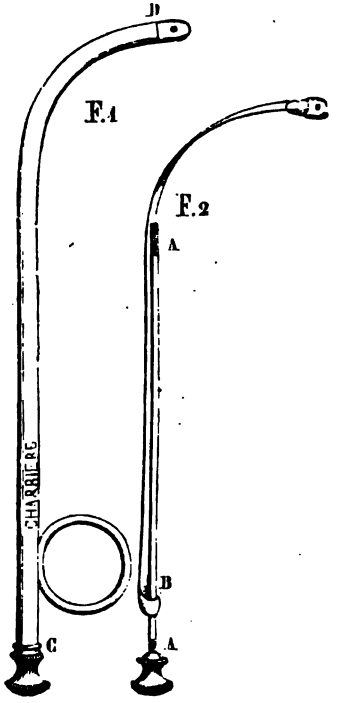


Fig. 62. — *Sonde de Belloc, modifiée par Charrière.*

recourbée et s'aidant du doigt. Si cette tentative échoue, recourir à la *ligature :* il est bon en ce cas, pour diminuer notablement la sensibilité du voile du palais et du pharynx, de faire prendre au malade, pendant quatre ou cinq jours, 3 à 4 grammes de bromure de potassium par jour : pour pratiquer cette ligature, le malade est assis en face d'une fenêtre, et le chirurgien introduit par l'une des narines

ne *sonde de Belloc* (fig. 61 et 62) dont on fait ressortir la tige par la ouche, puis on attache à cette tige les deux chefs d'un fil très-so- de en soie triple ou de cette variété très-résistante désignée sous le om de soie tors. Les deux chefs sont ramenés par le nez avec la onde de Belloc, et l'on conduit l'anse en arrière du polype, temps difficile qui exige, si les doigts ne suffisent pas (ce qui a lieu quand la tumeur est volumineuse), l'emploi d'un de ces instruments dits *porte-anses* que M. Gosselin a fait dessiner dans sa thèse (1) : celui auquel il donne la préférence est celui de F. Hatin (fig. 63). Il se

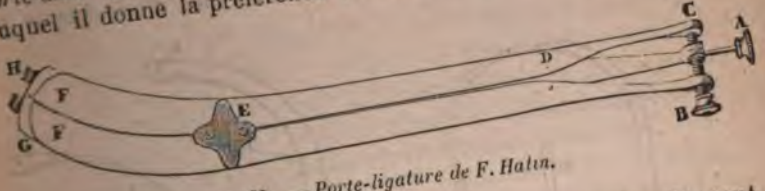


Fig. 63. — *Porte-ligature de F. Hatin.*

compose (Gaujot et Spillmann) : 1° d'une lame d'acier G ayant 21 centimètres de longueur sur 3 de largeur recourbée à son extrémité pharyngienne qui supporte deux petits crochets H inclinés en gouttière : cette lame est soutenue sur une tige mobile D, au moyen de laquelle elle peut glisser de bas en haut et de haut en bas ; 2° de deux lames d'acier aussi F, F placées au-devant de la première et réunies par la pièce E. Une anse de fil conduite dans la cavité buccale par la sonde de Belloc est placée dans les crochets H, H que l'on convertit en anneaux en faisant descendre la lame G au moyen du bouton A, jusqu'au niveau de l'extrémité supérieure des lames F, F. L'instrument (2), ainsi armé, est conduit dans le pharynx, la concavité en avant : si cela est nécessaire pour entourer la base du polype, on augmente la largeur de l'anse en écartant les lames F, F au moyen du pas de vis BC. Lorsque l'anse est arrivée sur le pédicule, un aide tire les chefs nasaux, pendant que le chirurgien presse sur le bouton A, afin d'ouvrir les anneaux H, H qui laissent échapper le fil. Il ne reste plus alors qu'à placer le serre-nœud.

b. Polype muqueux des fosses nasales. — *Arrachement.* — La difficulté est non pas de saisir le polype, mais de l'amener au dehors ; très-souvent les pinces glissent et on les retire à vide ; aussi

(1) Gosselin, *Traitement chirurgical des polypes des fosses nasales et du pharynx.* Thèse de concours, Chaire de médecine opératoire. Paris, 1850.

(2) F. Hatin, *Mémoire sur de nouveaux instruments propres à faciliter la ligature des polypes qui naissent à la base du crâne.* Paris, 1829.

doit-on employer des pinces aussi courtes que possible et combiner le mouvement de traction avec un second mouvement de torsion lente. M. Gosselin fait souvent usage du spéculum de M. Duplay (1).

7° AFFECTIONS KYSTIQUES.

a. KYSTE SÉBACÉ DE LA TÊTE (loupe). — *Emploi de la pâte de Vienne.*

1er *temps.* Escarre cruciale, circonscrite, produite par l'application de la *pâte de Vienne*.

2e *temps.* Au bout de huit jours environ, le chirurgien aide à l'élimination de la poche en décollant avec une spatule. A la rigueur on pourrait ne pas intervenir et attendre que cette élimination se fasse spontanément par la suppuration : cependant, quand le kyste est d'un grand volume, on perd du temps et M. Gosselin est d'avis d'aider à son énucléation.

Il préfère de beaucoup la pâte de Vienne au bistouri parce qu'il est persuadé que la suppuration consécutive à l'application des caustiques est moins grave et plus efficace que celle qui suit l'emploi du bistouri.

b. KYSTE SYNOVIAL DU POIGNET, dit GANGLION. — *Section et scarifications sous-cutanées.* — Il y a indication à intervenir seulement quand la masse, en grossissant, gêne et inquiète le malade, soit par sa difformité, soit par le léger affaiblissement qu'elle peut apporter dans les fonctions des radiaux ou des extenseurs : mais une chose sur laquelle insiste particulièrement M. le professeur Gosselin est que la *pathologie de cette affection* (kyste articulaire) *doit faire écarter toutes les méthodes qui peuvent provoquer la suppuration :* on doit chercher à obtenir dans ce cas la guérison par inflammation adhésive, c'est-à-dire plastique (adhérences des deux surfaces opposées du kyste par produits néo-membraneux). Il ne faut guère compter sur les applications répétées d'*alcool* (Nélaton) ou celles d'*alcool* jointes à la *compression*, essayées par M. Gosselin, surtout si la masse est un peu volumineuse.

L'*écrasement* produit, comme le voulait Sabatier (deux pouces pressant fortement la tumeur et la faisant éclater de façon à permettre l'effusion de la matière gommeuse dans les tissus ambiants où elle se résorbe), l'écrasement ne peut à la rigueur être considéré comme traitement curatif qu'à la condition d'être répété un certain nombre de fois :

(1) V. service de M. le docteur Terrier.

— A la suite d'un premier écrasement, inflammation hypérémique.

— A la suite d'un second écrasement, inflammation plus prononcée.

— A la suite d'un troisième écrasement, adhésion par fausses membranes.

M. Gosselin préfère, comme méthode thérapeutique, la *section sous-cutanée* du kyste et les *scarifications* toujours sous-cutanées de la surface interne.

1er *temps*. La peau de la face dorsale du kyste est plissée, et à la base de ce pli bien maintenu : on enfonce un petit ténotome pointu de 1 mill. 1/2 de largeur qui pénètre dans le kyste.

2e *temps*. On substitue, à l'instrument précédent, un ténotome mousse dont la lame ne dépasse pas, en longueur, 12 à 13 millimètres. Introduit dans la poche, il sert à diviser complétement le kyste (*section complète*) dans le sens longitudinal (fig. 64, *a*, *b*, *c*) pour éviter la division des filets nerveux qui rampent dans le tissu sous-cutané, et, porté à droite et à gauche, il scarifie (*section incomplète*) la surface interne. Le talon de l'instrument répondant à l'ouverture d'entrée et étant complétement mousse, il n'y a aucun danger de l'agrandir, car la partie coupante se trouve en totalité comprise dans la poche.

Fig. 64. — *Section du kyste.*

Cette opération, dite *section sous-cutanée* par Malgaigne, et à laquelle M. Gosselin a ajouté les *scarifications* de la paroi, n'expose pas plus à l'inflammation suppurative que la ténotomie du tendon d'Achille : du moment que la plaie cutanée ne suppure pas, l'inflammation du kyste reste purement plastique et adhésive. Les récidives du ganglion sont du reste bien moins à craindre par cette méthode que lorsqu'on emploie l'écrasement.

c. Kyste hordéiforme (synoviale des *extenseurs* ou des *fléchisseurs*). — *Choix de moyens non susceptibles de déterminer l'inflammation suppurative.*

La *pathogénie* de cette affection est inséparable des divers moyens thérapeutiques qui lui sont applicables.

Sous une influence locale ou plutôt générale, le rhumatisme le plus souvent, il se fait une accumulation de liquide dans la gaîne synoviale par suite d'une *congestion permanente* de cette gaîne et il existe un défaut d'équilibre entre cette sécrétion et l'absorption. Peu à peu, la persistance de cette congestion détermine la pro-

duction d'une matière *albumino-fibrino-gélatiniforme* qui se détache des parois de la synoviale comme les corps étrangers articulaires : à ce moment la *synovite congestive* a fait place à la *synovite plastique* dont les produits organiques ne sont plus susceptibles de résorption parce qu'ils deviennent libres dans la cavité.

Or, si les *indications thérapeutiques* qui découlent de cette pathogénie sont aisées à établir, elles sont au contraire très-difficiles à mettre en pratique. — Favoriser la disparition du liquide sécrété en trop grande quantité et celle des grains riziformes, c'est-à-dire ramener la synoviale à son état physiologique sans *la faire passer par l'inflammation suppurative*, tel est le but que doit se proposer le chirurgien. — Le *repos*, les frictions soit avec les *pommades iodurées*, soit avec la *teinture d'iode*, sont des moyens simples le plus souvent insuffisants et qui ne sont pour le moins que palliatifs. — La *compression* prolongée avec l'ouate est meilleure et tout aussi inoffensive, mais elle a l'inconvénient de condamner le malade à l'immobilité et à l'inoccupation pendant très-longtemps (1 ou 2 ans) sans lui promettre une guérison certaine. C'est pourtant à ce moyen que s'arrête M. Gosselin, mais en faisant cette compression pendant *la nuit surtout*. — Malgré les recherches de Hutin (sur les injections iodées dans l'hydrocèle) qui tendent à prouver que la teinture d'iode ne fait que modifier l'état physiologique de la séreuse sans déterminer d'adhérences, M. Gosselin ne croit pas être sûr, en agissant par ce moyen sur les gaines tendineuses, de ne développer qu'une inflammation plastique non adhésive : il estime qu'on a au moins 2 ou 3 chances sur 5 de donner lieu à des adhérences, c'est-à-dire d'obtenir une guérison fort désavantageuse avec gêne considérable des mouvements. Il n'aurait tendance à employer l'*injection de teinture d'iode* que dans les cas où une inflammation spontanée se manifesterait dans la poche et autoriserait ce chirurgien à faire usage d'une thérapeutique plus efficace.

d. KYSTE HYDATIQUE DU FOIE. — *Ponctions capillaires successives : en cas de suppuration, méthode de Récamier.* — Éviter autant que possible de faire suppurer la poche : à cet effet, M. Gosselin préfère la ponction aspiratrice qu'il répète chaque fois que le kyste se remplit. On a lieu d'espérer, en employant cette méthode, de voir survenir la *transformation graisseuse* que M. Davaine a signalée comme pouvant être un des modes de terminaison les plus heureux. Si le kyste suppure, il emploie les cautérisations successives, sur le point le plus saillant, avec la pâte de Vienne (méthode de Récamier).

8° AFFECTIONS DE L'APPAREIL DIGESTIF.

a. Cancroïde de la lèvre inférieure, *procédé en demi-lune.* — Lorsque le mal est limité au bord libre de la lèvre, M. Gosselin préfère, à l'usage du caustique, celui du bistouri ou des ciseaux. — Il emploie le procédé de Horn en V qui consiste à circonscrire le mal par deux incisions qui, partant du bord labial, vont se réunir au-dessous. Dans ce cas, la perte de substance est assez grande, aussi applique-t-il, si l'étendue du cancroïde le lui permet, le procédé de Dupuytren et de Richerand, en demi-lune, qui enlève la portion malade en faisant une incision courbe à concavité supérieure; par cette méthode on diminue très-peu la hauteur de la lèvre : après avoir lié les artères divisées, il ne fait pas de réunion immédiate. —

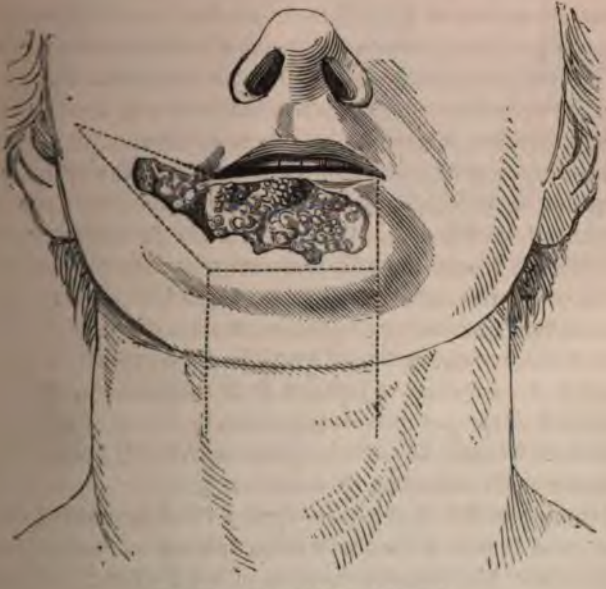


Fig. 65. — *Procédé de Chopart.*

Si le cancroïde a envahi une plus large étendue de tissus, il a recours au procédé en H de Chopart, dit *quadrilatéral* (fig. 65), par lequel deux incisions verticales, passant chacune en dehors du mal, empiètent sur la région sus-hyoïdienne et sont réunies par une autre transversale tirée au-dessous du produit morbide; il fait glisser ensuite en

haut le lambeau inférieur disséqué, pour aller le fixer aux deux incisions supérieures par la suture entortillée.

La figure 65 représente bien le procédé de Chopart : seulement, comme, dans le cas supposé, le cancroïde dépassait la lèvre et empiétait sur la joue droite, on l'a cerné de plus par un V horizontal.

b. FISSURE A L'ANUS. — *Opération mixte.* — *Dilatation quotidienne.* — Parmi les fissures, il en est, selon ce professeur, qui, bien que anciennes, guérissent avec facilité, soit par l'emploi de l'*extrait de ratanhia*, de mèches enduites d'*onguent de la Mère*, soit par la *dilatation forcée* (méthode de Récamier), soit enfin par l'*incision* (méthode de Boyer). Il croit cependant que l'incision empêche les récidives d'une façon plus efficace, et il préfère encore davantage la *combinaison de la dilatation avec l'incision de la fissure.* — Pour les fissures *intolérantes* ou *récidivantes*, ce professeur (1) a adopté la *dilatation quotidienne*, qui lui a donné un bon résultat dans un grand nombre d'exemples, et qu'il joint à l'*incision*. — Voici comment il opère : chaque jour, il introduit le doigt indicateur dans l'anus, c'est-à-dire qu'il agit avec douceur et progressivement jusqu'à ce qu'il puisse apercevoir la partie supérieure de la fissure. Il incise alors cette dernière en prenant soin de ne sectionner que le quart du sphincter anal environ. Il introduit ensuite, et chaque jour, soit une petite mèche cératée, soit une autre enduite de pommade à la ratanhia, ou d'onguent de la Mère. — Le but de cette méthode est donc d'arriver à transformer les fissures excessivement douloureuses en d'autres sur lesquelles on a prise et que l'on peut combattre à l'aide de divers topiques avec plus de chances de succès.

c. ANUS CONTRE NATURE ACCIDENTEL. — *Entérotomie.* — *Avivement et inversion des bords après excision de la muqueuse.* — M. Gosselin commence d'abord par opérer la section de l'éperon avec l'*entérotome* de Dupuytren (fig. 66) ou celui *porte-caustique* de Laugier (fig. 67), composé de deux branches en forme de gorgeret où le caustique est maintenu par une lame retirée quand l'instrument est en place.

Il est rare toutefois qu'après cette opération, l'ouverture extérieure se ferme, bien que les matières puissent reprendre, au moins en grande partie, leur libre cours dans le tube intestinal : aussi est-on obligé d'avoir à choisir l'une des méthodes qui ont pour but l'occlusion de cet orifice. — Le procédé proposé par Malgaigne, dit *autoplastie par inflexion* (avivement du trajet, dissection de l'intestin et renversement au dedans des deux lèvres disséquées), lui

(1) Gosselin, *Gaz. des hôpitaux*, 1860, p. 362.

t excellent, mais il n'est pas applicable dans tous les cas, par
ple pour ceux où la muqueuse est renversée dans une étendue
dérable et où la peau est fortement froncée et déprimée à la

56. — *Entérotome de Dupuytren ouvert.*

che mâle; *b*, branche femelle
gard de l'autre; *c*, croise-
et articulation de ces bran-
d, la clef placée en travers;
manches des branches; *f*, vis
de pour rapprocher les man-
t par suite les lames à la fa-
le leur entre-croisement.

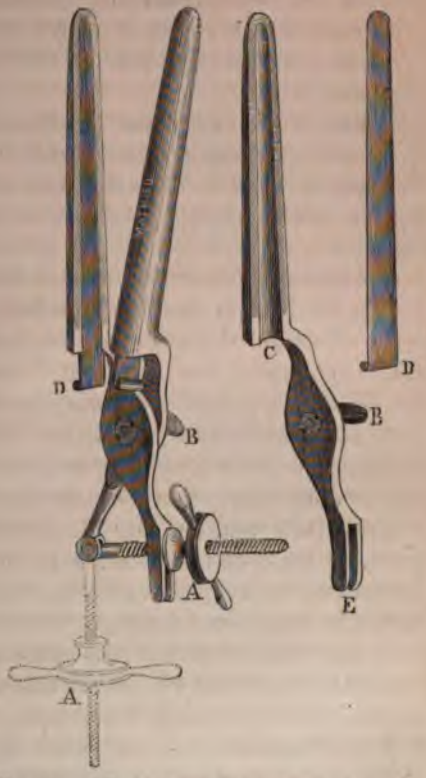


Fig. 67. — *Entérotome et porte-caustique de Laugier.*

A, vis à écran, cette vis est montée à charnière sur l'une des branches de l'instrument, de manière à permettre de l'engager dans la mortaise E de la seconde branche, sans la démonter; B, pivot qui réunit les deux branches à l'instar du forceps; C, gouttière destinée à recevoir le caustique; D, lame qui couvre le caustique : elle entre à coulisses à la base du segment de la gouttière.

hérie de l'orifice accidentel; aussi M. Gosselin a-t-il combiné
plastie avec l'*avivement de l'intestin*, afin qu'il y ait chance de
'établir des adhérences salutaires entre les deux portions en
ct. — Voici les principaux temps de cette opération :
temps. Excision de la membrane muqueuse renversée.

2e *temps*. Ou bien il taille un lambeau autoplastique qu'il fait glisser et réapplique sur la surface cruentée de la muqueuse, ou bien il avive les bords de l'orifice et les infléchit profondément l'un vers l'autre, puis il ajoute deux incisions libératrices.

3e *temps*. 5 ou 6 points de suture enchevillée.

Les fils sont retirés au bout de 6 à 7 jours; diète et administration d'*opium*.

d. ÉPIPLOCÈLE ENFLAMMÉE. — *Temporisation exclusive*. — Le débridement doit toujours être rejeté, de même que les tentatives de taxis même modéré. M. Gosselin ne prescrit que le repos et l'usage des bains, de quelques purgatifs, des émollients et des boissons délayantes.

e. ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE. — *Taxis*. — En 1844 ce chirurgien (1) revient au taxis tel que l'ont fait Amussat et Lisfranc, et donne le conseil d'y avoir recours dans les étranglements peu anciens et surtout dans ceux qui datent environ de 24 heures. — En 1859 (2), il préconise le taxis *forcé et prolongé* (29 cas traités par cette méthode exclusivement, 2 morts et 27 guérisons). Il en concluait alors que *le taxis forcé est moins dangereux et plus utile que l'ont cru beaucoup de chirurgiens*. En 1861 et 1862 (3), 15 observations de taxis pratiqué par M. Gosselin, 14 guérisons et 1 cas de mort. — Quoi qu'il en soit, cette méthode n'a pas prévalu et ce professeur lui-même, depuis quelques années, lui accorde bien moins de confiance : à propos de la *hernie crurale* (4), il nous dit lui-même qu'il n'emploie plus guère le taxis qu'en chloroformisant le malade et *pendant 1/4 d'heure environ ;* encore ce taxis n'est-il pas *forcé* et il n'a plus recours aux mains superposées des aides.

f. HÉMORRHOÏDES. — *Cautérisation avec l'acide nitrique mono-hydraté*. — M. Gosselin a cherché à démontrer depuis longtemps (cependant, cette opinion n'est pas entièrement accréditée parmi nous) (5) que les hémorrhoïdes ne sont pas le plus souvent, comme on le croyait depuis Stahl, Pinel, etc., sous la dépendance d'une constitution, principalement rhumatismale ou goutteuse, et il pense que, loin d'être salutaires, elles doivent être l'objet d'un traitement soit médical, soit chirurgical, si elles déterminent des troubles marqués de la digestion,

(1) Gosselin, *De l'étranglement dans les hernies*. Th. agr.. Paris, 1844.

(2) Gosselin, *Études cliniques sur le traitement de l'étranglement herniaire par le taxis et en particulier par le taxis forcé et prolongé* (*Bull. de l'Acad. méd.*, 1859, t. XXV, p. 75).

(3) Tirman, Th. inaug.. Paris, 1863.

(4) Gosselin, *Nouv. Dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. X, p. 398.

(5) Gosselin, *Leçons sur les hémorrhoïdes*. Paris, 1866.

elles occasionnent une gêne incessante du côté de la défécation et surtout si elles sont le siége de ces hémorrhagies finissant par amener l'anémie moins par la quantité de sang, perdu à chaque fois, que par la répétition fréquente de l'écoulement sanguin. La thérapeutique qu'il leur applique est différente suivant qu'on a affaire aux *hémorrhoïdes externes* ou aux *hémorrhoïdes internes*.

Hémorrhoïdes externes. — Le plus souvent elles ne réclament aucune intervention active : des soins de propreté, quelques lavements froids, l'emploi soit de l'onguent populeum, soit de la pommade à l'extrait de ratanhia, suffisent pour combattre la gêne qu'elles déterminent de temps à autre. Si cependant elles se congestionnent et deviennent très-turgescentes et œdémateuses, si elles finissent par s'enflammer à diverses reprises, on peut avoir recours, comme le veut Curling, à *de petites ponctions peu profondes* ou même à l'*excision* si la masse est d'un petit volume, presque pédiculisée et fort douloureuse.

Voillemier les traite par la *cautérisation linéaire de l'anus* (1). Le pourtour de l'anus et les fesses reçoivent un badigeonnage de collodion (2) pour les protéger contre ce calorique rayonnant. Il faut éviter d'approcher le cautère de l'anus avant l'évaporation complète de l'éther qui pourrait s'enflammer. Ce chirurgien se sert de petits cautères *cutellaires* dont la partie active est longue de $0^m,02$, large de $0^m,01$ et épaisse au dos de $0^m,005$. Il fait quatre cautérisations linéaires rayonnant en croix autour de l'anus, une en avant, l'autre en arrière et une de chaque côté. Il ne craint pas d'aller profondément du côté de la peau si l'anus est très-relâché. Emploi du chloroforme nécessaire.

Hémorrhoïdes internes. — Ce professeur n'emploie généralement dans ce cas ni l'*excision* ni les diverses espèces de *ligatures*, dans la crainte de la phlébite et de l'infection purulente.

En septembre 1875, lorsque nous remplacions M. A. Guérin à l'Hôtel-Dieu, nous avons eu recours à la *ligature extemporanée* chez un homme de 42 ans dont les bourrelets hémorrhoïdaux internes saillants et légèrement étranglés par les externes, étaient extrêmement douloureux. Comme on pouvait, en les attirant un peu à l'extérieur, pédiculiser facilement ces bourrelets, au nombre de trois, je passai à la base de chacun d'eux un fil métallique qui me servit à les attirer et à les circonscrire chacun par un serre-nœud

(1) Voillemier, *Gaz. hebdom.*, p. 538. 1873.

(2) Gillette, article Collodion (emploi thérapeutique), *Dict. encyclop. des sc. médic.*, t. XIX, p. 16.

de de Græfe dont l'anse fut poussée le plus haut possible. Les trois serre-nœuds furent appliqués en même temps. A peine s'écoula-t-il quelques gouttelettes de sang et les suites furent des plus simples. Il ne survint pas le moindre accident, ni du côté du ventre ni du côté du rectum et, après un léger écoulement sanio-purulent, la cicatrisation eut lieu et le malade sortait complétement guéri au bout de six semaines.

C'est à l'emploi des *caustiques liquides* et en particulier à celui de l'*acide nitrique mono-hydraté* que M. Gosselin, d'accord avec les chirurgiens anglais, donne la préférence. Voici comment il opère : un *pinceau d'amiante* trempé dans le liquide est appliqué pendant quelques secondes sur les hémorrhoïdes internes, en ayant soin d'éviter de toucher le bourrelet cutanéo-muqueux extérieur : parfois il fait porter cette cautérisation sur un seul bourrelet et n'attaque les autres que quelques jours plus tard : la même manœuvre est répétée 48 heures après et même une troisième fois jusqu'à ce que l'eschare soit bien constituée. La chute de cette eschare contribue, après la formation de la cicatrice, à donner à la muqueuse rectale moins de souplesse, ce qui la rend par conséquent moins apte à fournir à l'extérieur ce prolapsus si fréquent, comme on le sait, dans le cas d'hémorrhoïdes internes. Le seul inconvénient de cette méthode est la *douleur*, déterminée chez le malade, qui est extrêmement vive au moment du contact de l'acide avec la muqueuse, et qui cependant se calme et disparaît même complétement au bout de deux ou trois heures.

9° AFFECTIONS DE LA BOUCHE.

a. PERFORATION DE LA VOUTE PALATINE. — *Modification du procédé de M. Baizeau.* — Lorsque la perforation est très-petite et ne dépasse pas *un centimètre*, l'opération est indiquée et c'est surtout la méthode en double pont de M. Baizeau qui est pratiquée par ce professeur. Il avive dans un *premier temps* toute la muqueuse et le tissu cicatriciel qui constitue le pourtour de l'orifice, puis dans un *second temps* il taille deux lambeaux à l'aide de 3 *incisions*, dont l'une médiane passe par la perforation et dont les deux autres latérales lui sont distantes environ de 1 cent., 1 cent. 1/2 (M. Tillaux s'écarte davantage de la perforation, pour éviter la lésion de l'artère palatine postérieure et comprendre chacune de ces artères dans le lambeau, afin de donner moins de chance à la gangrène) ; enfin dans un *troisième temps* il passe 4, 5 et 6 fils d'argent et se sert des tubes de Galli.

si la perforation est plus considérable, ou bien si on échoue après une première opération, il conseille de porter un *obturateur en caoutchouc*, à moins que la voûte palatine, en raison de sa sensibilité, ne puisse pas le supporter ; dans ce cas on est autorisé à faire encore une tentative opératoire.

b. Fistule salivaire (*Canal de Sténon*). — *Procédé de Deguise et de Béclard et emploi du serre-nœud de de Græfe.* — On sait combien, en ce cas, on éprouve de difficultés à rétablir le cours normal de la salive dans la cavité buccale ; or, d'après M. Gosselin, la principale cause de l'insuccès est que la plaie extérieure a toujours moins de tendance à la cicatrisation que la plaie intérieure pratiquée par le chirurgien, qui, elle, est au contraire plus récente et par conséquent plus apte à se fermer.

Le but que l'on doit se proposer est donc d'empêcher la *plaie intérieure* de se cicatriser et en même temps de chercher à combattre l'*état ulcéreux* de l'ouverture extérieure pour la mettre dans les meilleures conditions de cicatrisation.

Voici le procédé qu'il met en usage et qui n'est que celui de Deguise et de Béclard légèrement modifié : il perfore la joue de dehors en dedans au niveau de la fistule, puis à une certaine distance, de dedans en dehors, et il introduit par la canule les deux extrémités d'un fil de fer : il serre ensuite, et divise, à l'aide d'un serre-nœud de de Græfe introduit dans la bouche et progressivement (3/4 d'heure), le pont de tissus compris dans l'anse métallique. La salive coule immédiatement dans la cavité buccale ; mais, pour s'opposer à la tendance cicatricielle de cette ouverture artificielle, il agit chaque jour avec le bec d'une sonde cannelée, rompt les adhérences et les bourgeons charnus de nouvelle formation et cherche en un mot à rendre cet orifice fistuleux.

De plus, il suit une marche tout opposée vis-à-vis de la plaie extérieure : il la cautérise, établit la compression et cherche à obtenir la cicatrisation. Par ce double *travail antagoniste* la salive finit par reprendre son cours normal.

10° AFFECTIONS DES VAISSEAUX.

Anévrysme cirsoïde. — *Injection de perchlorure de fer.* — M. Gosselin préconise, depuis longtemps (1), comme le font du reste

(1) Gosselin, *Mémoire sur les tumeurs cirsoïdes artérielles* (*Arch. gén. de méd.*, 1867).

MM. Verneuil, Broca, Giraldès, etc., les injections coagulantes de perchlorure de fer. Ce dernier doit être à 15 ou 20°, au plus : s'il est plus fort, il n'est plus seulement coagulant, mais bien caustique. Avant l'injection, il interrompt autant que possible la circulation artérielle périphérique soit à l'aide des mains d'un ou de plusieurs aides, soit en imaginant des moyens compressifs (anneaux métalliques) qui varient selon les cas et la position de la tumeur. Les injections ne doivent se répéter que tous les quinze jours au plus et chacune d'elles est de quatre à cinq gouttes. Le trocart-canule enfoncé à 5 ou 6 millimètres n'est retiré par lui que lorsque le coagulum est produit, c'est-à-dire au bout de 10 minutes. Par cette précaution, il évite l'écoulement sanguin. S'il survient des accidents locaux inflammatoires graves, des abcès circonscrits, des ulcérations, la crainte d'hémorrhagies foudroyantes l'engage à ne pas hésiter et à traiter par l'*incision* et les *cautérisations au fer rouge*, qui agissent à la fois et comme moyen hémostatique et comme méthode curative.

Le 9 novembre 1875, dans le service de ce professeur à la Charité, était couché un jeune homme d'une vingtaine d'années qui présentait sur la région temporo-pariétale gauche une tumeur cirsoïde de la grosseur du poing et qui était en voie de traitement par le procédé indiqué plus haut. Le mal avait débuté par un simple nævus congénital qui peu à peu s'était développé sans aucune cause traumatique et que le jeune homme avait écorché à différentes reprises : des hémorrhagies avaient lieu de temps en temps par ces petites excoriations ; peu à peu, à la tumeur elle-même étaient venues se joindre les dilatations très-considérables non-seulement de la temporale et de l'occipitale (tronc et branches) du côté gauche, mais encore celles des troncs du côté opposé (pulsations et bruit de souffle intense). M. Delens commença le traitement par les injections coagulantes, en interrompant la circulation périphérique avec les mains d'aides, à chaque injection : il en fit plusieurs et aucun accident ne survint : lorsque nous vîmes le malade, la tumeur avait sensiblement diminué, des caillots s'étaient formés dans un grand nombre de vaisseaux dilatés et les mouvements d'expansion des artères temporale et occipitale s'étaient amoindris. M. Gosselin se proposait de continuer chez ce jeune homme le même mode de traitement, qui jusqu'alors avait donné un assez bon résultat, lorsque le malade succomba.

M. LE PROFESSEUR U. TRÉLAT (1).

1° AFFECTIONS DES OS.

a. Ostéite suppurée du tibia. — *Évidement.* — Lorsque cette affection est passée à la période sub-aiguë ou chronique, qu'il existe une cavité tapissée par de la carie et des fongosités ou bien des fistules plus ou moins nombreuses, il faut soumettre le malade à un *traitement général* qui variera suivant la cause qui a donné naissance à l'affection ou qui contribue à l'entretenir, et en même temps à un *traitement local* qui a pour but d'obtenir une modification dans la vitalité de la substance osseuse enflammée et cariée.

Ce dernier consistera dans l'essai de topiques, d'exutoires, de cautérisations chimiques ou ignées, d'injections stimulantes, teinture d'iode, etc., ou dans une intervention chirurgicale directe plus active.

La thérapeutique de cette affection longue et parfois bien décourageante doit être, il faut le dire, un peu subordonnée à la position de fortune que les personnes atteintes occupent dans la société.

A-t-on affaire à un homme aisé, on ne doit pas recourir immédiatement à une opération chirurgicale; on envoie le malade aux eaux thermales (Baréges, Salins, Luxeuil) et, en prescrivant une hygiène aussi bonne que possible, des promenades fréquentes dans une petite voiture appropriée, et au point de vue local quelques injections alcooliques, de teinture de Villatte, etc., on peut espérer à la longue voir le foyer se cicatriser et la guérison complète s'établir.

Dans la classe pauvre, il est malheureusement difficile de s'adresser à de semblables moyens qui sont si précieux, et, en raison de la position sociale du malade, on doit avoir recours beaucoup plus tôt à une intervention chirurgicale directe: c'est l'*évidement* des os que préfère M. Trélat.

b. Nécrose phosphorée. — *Temporisation: extraction du séquestre dès qu'il est mobile.* — Cette affection, *sui generis*, qui présente une

(1) 1860, chirurgien du Bureau central; — 1864, Maternité-Hôpital Saint-Antoine — 1867, Saint-Louis; — 1868, Pitié; — 1872, Charité.

gravité toute particulière par les accidents immédiats qu'elle détermine et par les conséquences parfois très-fâcheuses qu'elle entraîne à sa suite, est remarquable par sa propagation incessante et son peu de tendance à se limiter. Sa durée est beaucoup plus considérable que celles des autres variétés de nécrose, et elle expose souvent les malades aux dangers d'une suppuration prolongée et d'une lente élimination des parties mortifiées.

La nécrose simple est ordinairement limitée : la nécrose phosphorée (1) offre au contraire une tendance extrême à s'étendre : les séquestres qu'elle détermine présentent deux caractères principaux : 1° sur la surface du séquestre ou sur quelques-uns de ses points on remarque un très-notable élargissement des canalicules vasculaires, ce qui donne à la surface osseuse un aspect poreux très-évident : 2° en d'autres points des séquestres on voit une matière osseuse surajoutée, disposée en couche plus ou moins épaisse, mais n'excédant jamais 1 à 2 millimètres. Cette substance, examinée à la loupe, ressemble exactement à une éponge fine. C'est cette production que les auteurs allemands nomment *ostéophyte phosphorique,* nouvel os; affection très-grave, tuant un malade sur trois; quelquefois un sur deux.

Les *indications thérapeutiques* sont ici différentes de celles que comportent les autres nécroses, mais n'en sont pas moins très-difficiles à établir d'une façon rigoureuse, et elles varient suivant les cas qui se présentent dans la pratique.

A quel moment le chirurgien doit-il intervenir?

Les uns, en vue d'empêcher cette propagation incessante, qui est le propre de cette terrible affection, croient pouvoir enrayer sa marche en réséquant de bonne heure la partie mortifiée, ils se hâtent d'opérer; malheureusement cette méthode n'a pas fourni tout ce qu'on pouvait en espérer, car, malgré l'opération, la maladie n'en a pas moins marché, dans presque tous les cas, avec autant, sinon avec plus de rapidité.

Les autres, et M. Trélat est du nombre, sont plus temporisateurs: ils se contentent de prescrire l'emploi fréquent de collutoires, pour éviter le séjour du pus dans la cavité buccale, attendant que l'affection se soit limitée d'elle-même, et s'assurent par intervalles très-rapprochés si l'os nécrosé jouit d'une certaine mobilité pour pouvoir, sans tarder, aider à son élimination par une ou plusieurs incisions et surtout par l'ébranlement communiqué au séquestre avec les mors de la pince.

1) U. Trélat., Th. agrég., Paris, 1857.

c. Fracture de la rotule. — *Appareil à griffes modifié.* — L'appareil à griffes de Malgaigne, tel qu'il est représenté dans les figures 68 et 69, a pour but, en agissant directement sur les frag-

Fig. 68. — *Appareil à griffes de Malgaigne pour les fractures de la rotule.*

ments osseux (et cela avec une innocuité parfois surprenante), de maintenir le rapprochement nécessaire à la production du cal os-

Fig. 69. — *Appareil de Malgaigne pour les fractures de la rotule. — Application des griffes.*

seux. — Il est cependant susceptible de se déplacer et on l'a vu être suivi, dans des cas très-rares à la vérité, d'accidents ; aussi

Fig. 70. — *Appareil de M. Trélat pour les fractures de la rotule.*

M. Trélat l'a-t-il modifié de la manière suivante (1) : c'est une com-

(1) U. Trélat, *Bullet. génér. de thérap.*, 1862, t. LXVIII, p. 447.

binaison ingénieuse de la gutta-percha et de l'instrument à griffes, c'est-à-dire de l'appareil Laugier (1) et de celui de Malgaigne (fig. 69). Par l'interposition de la gutta-percha il évite le traumatisme et les inconvénients résultant de l'implantation des griffes.

Le gonflement inflammatoire ayant disparu, on moule, le membre étant dans l'extension forcée, sur le contour de la rotule et des régions voisines, deux plaques A, A de gutta-percha ramollie par l'eau bouillante, de la longueur de 0^m, 10 à 0^m, 12, et d'une largeur de 0^m, 06 à l'une des extrémités, et de 0^m, 03, ou 0^m, 04 à l'autre extrémité, enfin d'une épaisseur de 6 millimètres environ. — Dès que les plaques sont dures, on les trempe dans l'eau froide où elles recouvrent leur consistance normale ; on les fixe au-dessus et au-dessous de la rotule au moyen de bandelettes de diachylon (le membre est placé alors dans une gouttière garnie). On ramène les deux plaques l'une vers l'autre et on implante fortement dans chacune d'elles la moitié correspondante de la griffe ; aucune souffrance, pression uniforme répartie sur une large surface, aucun accident, facilité d'examiner la fracture — appareil bien simple, inoffensif et très-efficace ; mais il faut le surveiller surtout au point de vue du dégonflement ultérieur du membre qui oblige à le réappliquer s'il y a lieu en faisant ramollir les plaques.

d. FRACTURE DU RADIUS. — *Coussins d'ouate.* — Des chirurgiens, dit M. Trélat (2), emploient des compresses graduées, des coussins avec des attelles, tous pour remplir l'espace interosseux. *Ce sont des précautions inutiles*, puisqu'il n'y a pas d'espace à combler, pas d'os à rapprocher. Le traitement varie du reste avec la variété de fracture à laquelle on a affaire. S'il n'y a pas de déplacement, un appareil quelconque suffit parfaitement : il est utile seulement d'exiger le repos ; si, au contraire, il y a un peu de déplacement et abduction de la main, il faut faire quelques tractions, ramener la main dans l'adduction. Quand le dos de fourchette est très-prononcé, il faut ramener la main dans l'axe et la maintenir en place : mais, pour cela, M. Trélat recommande tout particulièrement de ne pas employer de compresses graduées, avec lesquelles on fait des plis à la peau : on peut même souvent produire des phlyctènes, tout en surveillant activement le membre. Dans son service, il se sert exclusivement de *coussins d'ouate* formés en roulant dans une compresse une large feuille d'ouate. Avec ces coussins, la compression est toujours bien supportée : on se contente le plus souvent, sans

(1) Voy. le service de M. le professeur Gosselin, p. 74.
(2) U. Trélat, *Journal de méd. et de chir. pratiq.*, art. 7996.

avoir recours aux attelles, de placer immédiatement par-dessus une *bande sèche roulée* un peu serrée, puis une *bande silicatée* qui donne un manchon solide et maintient les parties réduites.

Selon ce professeur, en un mot, en fait de fracture du radius, l'absolu appliqué à toutes les fractures est chose mauvaise : il n'y a qu'un axiome général : *réduire si c'est possible, maintenir réduit si on le peut.*

e. Fracture malléolaire du péroné. — *Appareil inamovible au silicate de potasse.* — Dans la fracture malléolaire simple, linéaire, sans phénomènes extérieurs bien tranchés, M. Trélat attache, pour le diagnostic, une très-grande importance à la douleur (par pression) vive, constante et toujours située en un point identique, même quand il n'y a, en même temps, ni crépitation, ni mobilité anormale, ni déformation, symptômes dont l'un des trois au moins est nécessaire, suivant d'autres chirurgiens, pour établir rigoureusement le diagnostic de la fracture. Il vaudrait mieux, selon lui, rester dans le doute que de faire éprouver trop tôt des mouvements nuisibles à l'articulation et déterminer ainsi un déplacement qui n'existait pas tout d'abord.

Après avoir laissé appliquées pendant quelques jours ces compresses résolutives, si la douleur malléolaire persiste avec son double caractère de fixité et d'intensité, il fait immobiliser le membre inférieur, en laissant bien le pied dans sa direction normale et même en exagérant peut-être son mouvement d'adduction pour prévenir tout déplacement consécutif en dehors, puis il comprend dans un appareil inamovible le pied et la jambe tout à la fois. C'est à l'appareil au *silicate de potasse* (bande trempée dans une solution aqueuse de silicate ayant la consistance de sirop) qu'il donne la préférence en raison surtout de la solidité qu'on obtient et de la rapidité avec laquelle il se dessèche. Les parties molles sont protégées, sous ces tours de bande, par de l'*ouate* accumulée surtout au niveau du traumatisme : il faut, à notre avis, se dispenser de l'application directe d'une bande sèche, qui n'est point toujours sans inconvénient dans le traitement des fractures.

f. Fracture de l'extrémité inférieure du fémur. — *Éviter l'immobilisation trop prolongée.* — Cette fracture, qui se divise en sus-condylienne, d'un seul condyle ou des deux condyles, reconnaîtrait, selon M. Trélat (1), la transmission de la puissance fracturante *par le tibia.* Ces fractures sont généralement obliques :

(1) U. Trélat, *Fracture de l'extrémité inférieure du fémur*, Th. Paris, n° 70, 1854.

M. Trélat n'a trouvé que deux cas de fractures transversales dont l'un est un exemple de disjonction de l'épiphyse inférieure du fémur. Ce professeur n'adopte pas exclusivement tel ou tel appareil, le meilleur appareil contentif est celui qui laisse, autant que possible, le genou à découvert : et, quel que soit celui qu'on emploie, on doit se prémunir contre l'ankylose qui peut résulter d'une immobilité trop prolongée.

2° AFFECTIONS DE L'ABDOMEN (PAROIS. — VISCÈRES).

a. NÉVRALGIE ABDOMINALE. — *Injections hypodermiques. — Un de leurs inconvénients.* — Ce chirurgien recommande d'employer pour ces injections non le sulfate, mais le chlorhydrate de morphine et celui dont la pureté ne puisse être soupçonnée.

Une femme, opérée et guérie d'une fistule anale que nous avons vue dans son service, présenta une névralgie abdominale rebelle pour laquelle il lui fut pratiqué des injections répétées de *sulfate de morphine*, à différents endroits de la paroi de l'abdomen : les douleurs se calmèrent, mais, au bout de quelques jours, on vit apparaître sur le ventre deux petites tumeurs dures de la grosseur d'une noix allongée.

M. Trélat a vu se reproduire les mêmes accidents sur une dame atteinte de névralgie sciatique chez laquelle les injections répétées de sulfate de morphine furent suivies de l'apparition sur la fesse et la cuisse d'une foule de petites tumeurs qui percèrent en donnant lieu à la sortie d'un pus séreux : toutes ces parties du corps, après cicatrisation, ressemblaient à la peau d'un convalescent de variole confluente. Tout d'abord, on ne sut pas à quoi attribuer ces phénomènes : mais ayant marqué chaque piqûre d'injection hypodermique avec le crayon de nitrate d'argent, on vit qu'on avait affaire, comme dans le cas précédent, à de petits abcès ou indurations phlegmoneuses sous-cutanées qui avaient pour cause l'impureté du liquide employé dont les matériaux solides constituaient autant d'épines donnant naissance à de petits phlegmons chroniques isolés (1).

b. PHLEGMON DE LA FOSSE ILIAQUE. — *Préférer le bistouri à l'emploi des caustiques.* — Au début le traitement est tout médical : pour aider à la résolution (2), les sangsues ne valent pas mieux que dans la hernie étranglée : une alimentation faible, très-digestible, le repos

(1) Gillette, *De l'abus des injections hypodermiques* (Morphiomanie), in *Clinique chirurgicale des hôpitaux de Paris*, p. 260, 1877.

(2) U. Trélat, *Progrès médical*, 19 août 1876.

absolu, l'opium à doses modérées pour obtenir le repos de l'intestin et l'absence de douleur peuvent suffire.

Quand la suppuration est arrivée, M. Trélat donne issue au pus; il n'emploie pas les caustiques (pâte de Vienne, de Canquoin). Le caustique a été conseillé pour déterminer des adhérences qui mettent à l'abri d'une lésion du péritoine ; mais l'inflammation phlegmoneuse elle-même en a établi préalablement et laisse un espace plus que suffisant pour que le chirurgien puisse agir en toute sûreté. Il préfère l'incision avec le bistouri qui évite de longues douleurs aux malades et permet de vider immédiatement le foyer : il la pratique à la paroi abdominale antérieure sur une ligne parallèle à l'arcade crurale, en dehors de l'artère épigastrique. Surveiller que l'issue du pus se fasse librement afin d'éviter les rechutes : l'accolement des parois est long à obtenir; si une fistule s'établit et ne se ferme pas, incision du trajet, lavage de la poche.

c. Fistule anale. — *Incision du trajet et excision des bords. — Opération simultanée de l'abcès et de la fistule.* — M. Trélat opère même les phthisiques, parce qu'il ne croit pas que, chez eux, cette fistule joue réellement, comme on s'est plu à le répéter, le rôle d'un cautère dont la suppression pourrait faire craindre le développement plus rapide de la maladie des poumons. Il fait, à l'aide de la sonde cannelée et du bistouri, l'incision des trajets, et il excise avec des ciseaux courbes les bords de la solution de continuité. Si l'abcès n'est pas encore percé, il en pratique l'ouverture et opère simultanément la fistule. Nous l'avons vu se comporter de cette façon chez un homme qu'il avait guéri, il y a sept ans, d'un abcès de cette région et qui avait présenté plus récemment, à la suite d'une chute sur le périnée, une nouvelle collection moins volumineuse mais située à la même place que la première.

Si l'ouverture de la fistule se trouve très-haut, et qu'il ne puisse pas faire ressortir à l'extérieur le bec de la sonde cannelée parcourant le trajet, il se sert du *gorgeret* de bois de Desault introduit

Fig. 70. — *Gorgeret de Desault.*

préalablement dans l'anus (fig. 70) et contre lequel la sonde cannelée va arc-bouter : un bistouri conduit dans la cannelure de cette sonde vient s'appuyer par sa pointe contre le gorgeret; il suffit, pour achever la section, de retirer simultanément le bistouri et le gorgeret.

d. Hernie crurale étranglée. — *Kélotomie prompte. — Epiploon non réduit.* — Si la hernie n'est pas de date très-ancienne, si elle a été d'abord maintenue par un bandage qui à un moment a fait défaut, et si elle s'est étranglée subitement, il ne faut pas temporiser longtemps (2 jours, 3 jours tout au plus), mais pratiquer la kélotomie si les bains et le taxis non forcé et répété plusieurs fois ont échoué.

En effet, on voit parfois en ce cas les *adhérences* s'établir rapidement, en quelques heures même, entre la face interne du sac et les parties qui y sont contenues. Plus ces adhérences sont récentes, plus il est facile, sans manœuvres inquiétantes, de les détruire en glissant l'extrémité du doigt ou celle d'un corps mousse, et moins elles sont dangereuses pour le péritoine lors de la réduction de la hernie. Or, moins on attend longtemps pour opérer, moins les adhérences ont chance de se former. Chez une malade de 49 ans du service de M. Trélat, dont l'étranglement ne datait à peine que de 48 heures et que nous avons observée nous-même, les adhérences du sac étaient déjà constituées, mais elles étaient encore molles et résultaient seulement de la congestion de la masse. N'étaient-elles pour rien dans le développement des phénomènes locaux et généraux qu'a présentés la malade? Nous avons entendu dire à M. Trélat qu'il y avait à sa connaissance deux cas semblables d'adhérences récentes dues à une simple congestion.

Quant à l'*épiploon*, s'il est d'un volume assez notable, il le *laisse à l'extérieur*, même s'il est sain et non adhérent mais simplement congestionné. Il condamne la pratique qui veut qu'après avoir réséqué la plus grande portion de ce repli, on réduise après avoir appliqué sur les artères épiploïques des fils dont on laisse les bouts au dehors. Il est du reste un fait d'observation aujourd'hui bien connu, que la masse d'épiploon abandonnée à l'extérieur, subit un mouvement de retrait par lequel s'effectue, au moins en partie, la réduction spontanée, tandis que le reste s'enflammant et devenant même le siége d'abcès s'atrophie peu à peu et finit par disparaître.

3° AFFECTIONS GÉNITO-URINAIRES (HOMME ET FEMME).

a. Phimosis. — *Incision. — Excision des lambeaux. — Serres-fines.*

1° Dans le *jeune âge*, où il s'agit du phimosis proprement dit, c'est-à-dire de l'étroitesse de l'orifice préputial, voici comment se comporte M. Trélat :

Si le phimosis est *très-prononcé*, s'il gêne la miction, si, par suite de la difficulté des soins de propreté et par la stagnation de l'urine, il y a de temps à autre des poussées de balanite, si les démangeaisons, qui en sont la conséquence, sont la cause de masturbation, il y a nécessité d'intervenir, et l'opération sera effectuée de 3 à 7 ans.

S'il est *peu prononcé*, on peut la rejeter pour plus tard et n'opérer qu'entre 18 et 25 ans. Il est très-rare, à moins de circonstances toutes spéciales, que M. Trélat opère de jeunes garçons de 12 à 15 ans.

Rarement dans ces cas il pratique la circoncision proprement dite, mais il conseille d'agir aussi radicalement que possible, et voici le procédé qu'il emploie d'une façon générale : il fait sur le dos du prépuce une incision qui comprend la peau et la muqueuse et va aboutir à la racine du gland ; l'écartement des parties donne à l'incision la forme d'un V ; il immobilise ensuite les lèvres de l'incision en passant deux fils à la base du V, et pratique soit avec le bistouri, soit mieux avec des ciseaux, l'ablation des deux oreilles préputiales d'une façon circulaire et le plus largement possible. Il passe alors à l'application des serres-fines, qu'il fait avec un soin minutieux et qu'il ne laisse en place que 24 heures à peine, temps au bout duquel elles doivent être toutes enlevées pour éviter la formation de petites eschares déterminées par la pression de chacune d'elles. — Ce procédé donne d'excellents résultats et évite d'avoir recours à une nouvelle opération exigée par la récidive du phimosis; cependant, d'après son propre aveu, il n'obtient que très-difficilement la réunion par première intention.

Dans bien des cas, il a, de plus, rencontré chez les enfants une disposition particulière sur laquelle il a appelé l'attention des membres de la Société de chirurgie (1). Ce sont des adhérences assez solides existant entre le gland et le prépuce. Presque toujours il est facile de les détruire avec une sonde cannelée ou la tête d'une longue épingle, mais la séparation amène assez souvent un petit suintement de sang qui indique que l'adhérence n'était pas un simple accolement. Il reste une surface avivée, ayant l'aspect d'une muqueuse dépouillée de son épithélium, et, en effet, ce qui existe, c'est une sorte de fusion de l'épithélium du gland avec celui du prépuce.

2° Chez le *vieillard*, le phimosis n'est plus seulement représenté par un prépuce étroit : le fourreau allongé démesurément est devenu bien souvent dur, calleux, à parois épaissies et éléphantiasi-

(1) Trélat, *Bull. Soc. chir.*, 27 oct. 1869.

ques par suite de balanites qui se sont répétées à divers intervalles pendant 20 ou 30 années. Dans ces cas, l'incision préputiale serait loin de suffire ; il faut de toute nécessité pratiquer la résection de ce prépuce hypertrophié.

C'est à la *circoncision* proprement dite que l'on doit s'adresser cette fois et même dans la plupart des circonstances. Les tissus sont tellement indurés, qu'il est difficile d'obtenir tout d'abord une réunion complète, comme dans les cas précédents, et il faut plusieurs mois pour que la cicatrisation s'achève entièrement.

b. RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTHRE. — *Dilatation, uréthrotomie interne, uréthrotome spécial. — Traitement général.* — M. Trélat soumet les malades atteints de rétrécissement de l'urèthre non-seulement à un *traitement local* (chirurgical), mais encore à une *thérapeutique générale* (hygiénique).

Traitement local. — Exploration à bougies à boule de différentes dimensions. — Constatation du siége de la coarctation (région bulbo-membraneuse le plus ordinairement). — Ce chirurgien emploie la dilatation temporaire et graduelle : pour les rétrécissements fibreux cicatriciels et pour ceux qui sont rebelles à la dilatation ou dans lesquels l'urèthre ne peut jamais franchir certaines limites, il pratique l'uréthrotomie interne suivie de la dilatation. — Il ne croit pas à la guérison instantanée ni même radicale au bout d'un certain temps des rétrécissements, et il conseille, pour maintenir l'urèthre à un calibre convenable, de passer de temps à autre (deux ou trois fois l'an) une sonde en gomme élastique : le malade peut lui-même, du reste, pratiquer ce cathétérisme obligatoire.

M. Trélat, disent MM. Gaujot et Spillmann (1), s'est servi dans quelques opérations d'un uréthrotome qui porte son nom, et dont le mode d'action est très-précis.

Long de 36 centimètres, cet instrument se compose d'une *gaîne* (fig. 71) graduée parcourue par une tige qui fait mouvoir la lame; la gaîne graduée, large de 5 millimètres, épaisse de 3 millimètres, est brusquement évidée à 17 centimètres de l'extrémité manuelle, et cet évidement transforme la gaîne à son extrémité vésicale en un stylet cannelé *a*, long de 5 centimètres, épais de moins de 2 millimètres, terminé par un bouton olivaire. Si l'on veut se servir d'une bougie conductrice, il est facile de la visser sur le bouton olivaire. La tige qui parcourt la gaîne se termine par une lame, brisée par une articulation vers la jonction de son tiers antérieur avec ses

(1) Gaujot et Spillmann, *Arsenal de la chirurgie contemp.*, t. II, p. 767.

rs postérieurs; au repos de l'instrument, la lame est com-
nt cachée dans la gaîne *a;* quand on pousse la tige, la lame,
de 35 millimètres, haute de 2 millimètres, parcourt le
annelé d'avant en arrière et vient butter contre la termi-
de la cannelure en prenant
ion figurée en *d;* le chirur-
t averti de cette situation
hute d'un ressort *b* fixé sur
et tombant dans un cran
tige : si l'on continue à
sur la tige jusqu'à ce que
tombe dans un deuxième
n détermine la coudure de
lation de la lame, en sorte
le-ci atteint une hauteur de
nètres; en poussant jusqu'à
ans, on obtient une saillie *e*
e de 6 millimètres, c'est là
ension maximum à laquelle
été l'auteur. Quand la lame
eloppée à 4 ou 6 millimè-
partie postérieure, destinée
r d'arrière en avant, prend
ection très-oblique éminem-
avorable à la section. L'o-
n terminée, il suffit de pres-
un bouton occupant le mi-
ressort *b* pour que la tige se
en arrière en cachant la
ans la gaîne.

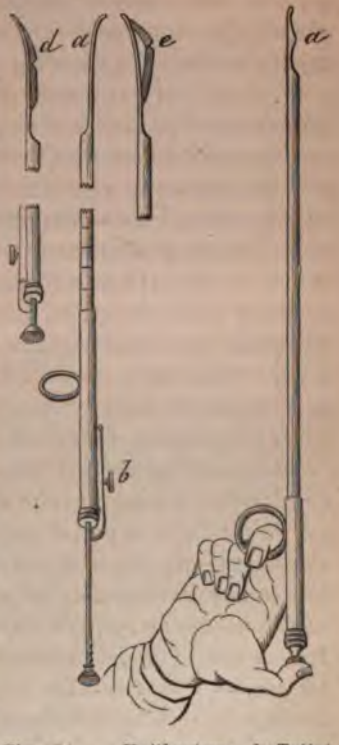


Fig. 71. — *Uréthrotome de Trélat.*

tement général. — Il croit, de plus, que le traitement hygiéni-
ne certaine influence sur la durée du temps que met l'urè-
revenir à un calibre raisonnable. — Éviter les aliments trop
nts et trop abondants. — Éviter les boissons en excès et sur-
alcools, la bière, le café, etc. — Éviter la station verticale
olongée, les marches forcées, les excès de coït, etc.

AGINISME. — *S'abstenir d'opérations chirurgicales sérieuses.* —
ociation française pour l'avancement des sciences (1876)
lat a fait une communication dans laquelle il établit que
isme n'est qu'un symptôme et rien qu'un symptôme qui
rvenir sous l'influence de lésions très-légères et disparaître

lorsque ces lésions sont guéries (ulcération du col avec ou sans antéversion ou antéflexion, etc.). Cet état est une contracture et non pas, comme on a tendance à le croire, une contraction spasmodique. Il s'élève contre l'emploi d'opérations chirurgicales sérieuses qu'il ne faut réserver tout au plus que pour les cas très-rebelles, c'est-à-dire dans ceux qui sont exceptionnels. — Il faut simplement s'adresser à l'affection qui en est la cause.

M. Tarnier (1) saupoudre dans ces cas la vulve et les petites lèvres de poudre d'*iodoforme :* il écarte de plus l'orifice vulvaire et place un tampon d'ouate entre les lèvres couvertes aussi de cette poudre.

d. DÉCHIRURE DU PÉRINÉE. — *Suture à trois plans. Glissement de la muqueuse rectale.* — Des déchirures du périnée les unes sont incomplètes et généralement faciles à guérir, les autres sont complètes, et on obtient très-difficilement leur guérison. Dans ces derniers cas il ne croit pas qu'on doive entreprendre l'opération avant le troisième mois écoulé depuis l'accouchement. Il emploie la suture à trois plans après avoir étendu l'avivement du côté de la vulve autant que possible, avivement qu'il pratique très-profond et très-large en prolongeant les incisions sur les fesses.

Une modification fort importante et qu'il recommande d'appliquer toutes les fois qu'elle sera exécutable, consiste à séparer la partie rectale de la partie vaginale au niveau de la fente, puis à tirer en avant la muqueuse du rectum jusqu'à ce qu'elle soit sous-jacente à la suture périnéale, de telle sorte que les matières fécales ne peuvent plus être en contact avec la suture, car, selon lui, on ne saurait trop se mettre en garde contre les matières fécales liquides et contre les gaz. — Il est très-utile de maintenir la constipation pendant huit à dix jours (extrait thébaïque, vin, viande crue, peu de pain); avant de retirer aucun point de suture, on donne un purgatif léger pour provoquer une selle. — S'il y a une grande quantité de gaz, on se trouvera bien de l'introduction d'une grosse sonde dans le rectum.

e. ÉCOULEMENTS VAGINAUX. — *Acide phénique.* — *Tannin.* — *Glycérolé d'amidon.* — M. Trélat emploie des substances différentes (2) selon les dispositions particulières de chaque malade. Ce n'est que dans les cas d'écoulements très-abondants, fétides et purulents qu'il conseille d'avoir recours à l'application, une ou deux fois par jour de tampons d'ouate imbibés du liquide,

(1) Tarnier, *Revue de thérap. médico-chir.*, p. 578, 1875.
(2) Trélat, *Journ. de méd. et chir. prat.*, mars 1875.

Eau	70	grammes.
Alcool ou eau de Cologne	30	—
Acide phénique pur	1	—

Une fois la fétidité corrigée, il fait usage de topiques plus anodins; c'est d'abord le tannin dans la glycérine,

Tannin	5	grammes.
Glycérine	30	—

ou bien le *glycérolé d'amidon* simple ou additionné d'un peu d'*essence de rose*, ce qui diffère peu des substances employées pour la toilette. Le glycérolé détermine un écoulement abondant, une sorte de pluie intra-vaginale, de telle sorte que les femmes sont obligées quelquefois de se garnir comme si elles avaient leurs règles. Action rapide et fort utile de ces diverses applications.

4° PLAIES EN GÉNÉRAL.

Pansement des plaies. — *Balnéation phéniquée.* — M. Trélat préfère de beaucoup, comme pansement, un *gâteau de charpie* bien pure, imbibé d'une *solution phénico-alcoolisée* (4 p. 100 d'ac. phénique, 30 p. 100 d'alcool) et recouvert d'un tissu imperméable, comme pièce de toile gommée ou plutôt de *caoutchouc laminé* dont tout récemment il défendait encore les propriétés à la Société de chirurgie. — Ce pansement qui ne présente aucune odeur, si on a le soin d'employer l'acide phénique des Anglais, est remarquable par sa simplicité et par sa propreté, chose bien indispensable dans toute espèce de solution de continuité, enfin par son caractère désinfectant et antiputrescible. De plus, sans être irritant, il possède cependant par lui-même un léger degré d'excitation qui est favorable au développement des bourgeons charnus. — Ce pansement doit être répété une ou deux fois dans les vingt-quatre heures tout au plus.

M. Trélat, qui fait très-peu usage du *cérat* dans son service, professe à l'égard de ce corps gras les mêmes principes que nous avons exposés dans notre article (1). — Ce corps gras, en effet, ne possède par lui-même aucune propriété spéciale : il serait plutôt nuisible, dans le pansement des solutions de continuité, par la difficulté qu'on a à en avoir toujours de pur, par l'épaisseur de la couche qu'on em-

(1) Gillette, article cérat (emploi thérapeutique) du *Dict. encyclop. des sciences médicales*, t. XIV, p. 12, 1873.

ploie, par son incompatibilité avec les liquides d'exsudation inflammatoire, par sa dessiccation en croûte malpropre, qui, irritant et tiraillant la pellicule cicatricielle de nouvelle formation, fait saigner la plaie et l'expose au développement de tous les accidents ou complications que l'on rencontre souvent en pareille circonstance. Mieux vaut s'en abstenir, et c'est ce que fait M. Trélat. Le lavage des plaies est effectué aussi, s'il est besoin, avec un courant de la solution susindiquée.

M. Trélat attache une très-grande importance, dans ses pansements, à la propreté minutieuse ; ainsi toutes les grandes plaies opératoires (1) sont lavées avec le plus grand soin ; afin d'éviter le frottement douloureux des éponges et des compresses et aussi toute chance de contamination, il arrose les plaies avec une seringue munie d'une canule très-fine ou mieux un irrigateur dont on modère la force du jet à volonté : toutes les surfaces, même anfractueuses, sont ainsi nettoyées par un véritable courant continu du liquide qui va ensuite tomber dans un bassin placé au-dessous. Ce liquide est de l'eau additionnée de 2 à 10 millièmes d'acide phénique. Il place ensuite le gâteau phénico-alcoolisé, un peu de charpie sèche, une compresse, puis un carreau de taffetas gommé. L'avantage de ce liquide est qu'il est suffisamment désinfectant sans avoir une odeur désagréable : il est de plus légèrement excitant et favorise la production de bourgeons rouges de bon aspect. Ce professeur injecte aussi ce liquide dans les cavités avec suppurations fétides (foyer de fracture compliquée, vastes épanchements sanguins suppurés, suppuration des gaînes synoviales, cancers ulcérés, etc.). Dans la pratique particulière, M. Trélat remplace l'alcool par l'*eau de Cologne*, ou bien il emploie un liquide contenant les mêmes proportions d'alcool,

Eau	700	grammes.
Eau de Cologne	300	—
Acide phénique	10	—

et d'acide phénique et additionné de *substances odorantes* diverses qui le désinfectent et lui donnent même une odeur assez agréable.

Il se sert aussi des glycérolés : ainsi pour les ulcérations anales indolentes et longues à guérir, il prescrit :

Extrait de ratanhia	2	grammes.
Glycérolé d'amidon	30	—

(1) Trélat, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, art. 1880.

Enfin il fait saigner les blessés beaucoup plus qu'on ne le prescrit généralement, et il en obtient d'excellents résultats. Pour les grands malades, le bain se donne dans la salle même.

5° AFFECTIONS DES YEUX.

a. Iridectomie. — *Ses indications.* — Quatre indications peuvent présider, d'une façon générale, à l'accomplissement de cette opération, savoir :

1° *But mécanique.* — Le seul pour lequel on faisait autrefois l'iridectomie et qui consiste à chercher à rétablir les fonctions visuelles en pratiquant un trou, une porte pour laisser pénétrer les rayons lumineux sur l'écran rétinien (affections anciennes de la cornée, leucoma, synéchies, déformation et obstruction de la pupille).

2° *But thérapeutique.* — Préconisée par de Græfe comme opération curative de certaines affections oculaires, telles que le glaucôme confirmé à marche lente ou à marche foudroyante.

3° *But prophylactique* ou *préventif.* — Dans ce cas, on se propose de préserver le malade d'accidents redoutables : ainsi, dans le glaucôme au début, sans souffrance bien marquée, on fait l'iridectomie préventive. Nous avons vu également chez un homme qui avait perdu un œil par ophthalmie blennorrhagique, M. Trélat pratiquer, dans un but préventif, une iridectomie sur l'autre œil atteint d'iritis syphilitique et guéri avec synéchie médiane affectant la forme d'un haricot bilobé, et cela afin d'éviter les bouffées d'iritis qui revenaient de temps en temps.

4° *Comme opération préliminaire.* — Avant l'opération de la cataracte, par exemple. Dans ce cas on fait pour l'œil ce que Manne et Nélaton font pour l'os maxillaire supérieur et la voûte palatine afin d'agir plus commodément sur les polypes naso-pharyngiens.

b. Érysipèle phlegmoneux des paupières. — *Stylet galvano-caustique.* — Médication active pour éviter à tout prix la suppuration diffuse et la production des eschares qui entraînent des accidents graves : ne pas se contenter par conséquent de cataplasmes, d'irrigations tièdes et même d'incisions. M. Trélat dans ces cas pratique dans les paupières (1) des cautérisations pénétrantes avec le *stylet galvano-caustique*, d'une part pour déterminer une action révulsive énergique, et d'autre part pour ouvrir une voie large à la suppuration ; une fois lardées en quelque sorte, ces paupières se détergent,

(1) Trélat, *Progrès médical*, 11 décembre 1875.

les eschares se détachent, la tuméfaction disparaît et la période de réparation commence; généralement, la laxité des tissus permet à la cicatrice de s'effectuer sans un retrait trop prononcé. M. Trélat pense que l'emploi du calorique donne à l'inflammation une détermination franche, en modifiant puissamment les parties malades et en agissant à distance par rayonnement sur les parties voisines. Selon lui, le stylet galvanique a cet avantage sur le fer rouge d'être maintenu pendant tout le temps de son application à un degré de température uniforme et d'éviter l'inconvénient de changer de stylet pour le faire rougir.

c. ENTROPION et TRICHIASIS. — *Procédés d'Anagnostakis, de Gaillard.* — Si l'affection est simplement bornée à quelques cils isolés, M. Trélat se contente de pratiquer à diverses reprises l'arrachement des cils. Si elle porte, au contraire, sur une étendue assez considérable, il choisit l'un des trois procédés suivants et surtout le dernier imaginé par Gaillard.

Premier procédé — Ablation simple d'une portion de la peau de la paupière. — M. Trélat considère cette méthode comme mauvaise et l'a depuis longtemps abandonnée, parce que, derrière la peau sur laquelle on agit seulement, se trouve le cartilage tarse, qui, s'il est dévié, donne lieu, dans la plupart des cas, à une récidive.

Deuxième procédé (Anagnostakis). — Incision semi-circulaire à 3 millimètres de distance du bord libre, dissection traversant le muscle orbiculaire et allant jusqu'au cartilage tarse, fixation de la lèvre cutanée la plus éloignée en haut, c'est-à-dire à l'aponévrose palpébrale. On laisse tomber les fils sans s'en préoccuper.

Troisième procédé (Gaillard). — Consiste à embrocher la paupière jusqu'au cartilage avec une série d'anses de fils placées à 4 millimètres de distance les unes des autres. On obtient immédiatement un froncement, une rétraction qui devient permanente à la chute des fils; — dans un cas M. Trélat a réussi complétement.

d. STAPHYLÔME CORNÉEN. — *Trépanation.* — M. Trélat emploie, dans certains cas, le petit trépan oculaire de M. Wecker (pédale pressée permettant à une lamelle coupante de sectionner circulairement un point de la cornée, par un mouvement de rotation rapide). La solution de continuité, en se comblant, rétrécit la cornée, dont la surface s'aplatit peu à peu.

e. KÉRATITE ULCÉREUSE (Hypopion). — *Atropine.* — *Paracentèse.* — *Ésérine.* — *Cautérisation ignée.*

Traitement local. — Collyre atropiné excepté lorsque l'ulcération

est marginale. Collyre au laudanum de Rousseau pour combattre la douleur et injections hypodermiques morphinées.

Hypopion. — S'il est peu étendu ; si la tension intra-oculaire n'est pas trop considérable et si la perforation cornéenne n'est pas imminente, on peut espérer la résorption. — Dans le cas contraire, convaincu que l'hypopion suffit à entretenir par lui-même l'irritation et l'inflammation des parties limitantes de la chambre antérieure et n'a aucune chance de disparaître spontanément, M. Trélat croit dangereux de temporiser davantage, et il y a, selon lui, indication à intervenir pour prévenir des accidents cornéens plus graves que ceux qui existent déjà, et pour faire cesser les douleurs parfois intolérables. — Il fait alors la *paracentèse*, en se servant du couteau lancéolaire, de largeur moyenne, qui pénètre dans la chambre à *travers l'abcès*. Il s'occupe moins de donner issue au pus presque solide, qui ne s'écoule ordinairement qu'avec la plus grande difficulté, que de favoriser l'issue du liquide aqueux à travers l'épanchement. Ce dernier se trouve alors, sinon entraîné, du moins délayé et mis dans des conditions meilleures pour se résorber ultérieurement. Cette évacuation aqueuse, que l'on peut du reste répéter à divers intervalles, suffit à produire l'affaissement de la cornée, ou à faire disparaître la tension intra-oculaire et à éviter les chances d'une perforation.

En pratiquant cette paracentèse pour ne pas blesser la cristalloïde antérieure, il faut avoir soin de diriger la pointe du couteau lancéolaire un peu en haut, c'est-à-dire parallèlement à la face postérieure de la cornée.

M. Wecker, comme antiseptique et anti-suppuratif (1), emploie le sulfate neutre d'*ésérine* (au 1/100) par instillations repétées toutes les heures ou toutes les demi-heures, il en conseille l'usage : 1° chez les malades atteints de vastes ulcères exulcérés de la cornée, après avoir évacué par une large ponction le pus de la chambre antérieure et de l'abcès lui-même : l'ésérine lui a paru *remarquablement* empêcher le pus de se reproduire : c'est là une opinion exclusive à M. Wecker et qui n'est pas encore partagée par beaucoup de chirurgiens ; 2° dans les cas d'*ulcus serpens*, après l'incision de Saemisch, l'emploi de l'ésérine dispenserait de réouvrir l'incision pendant les jours suivants, avantage précieux dans les grands ulcères.

M. le professeur Gayet (de Lyon) a fait tout récemment (2) une

(1) Wecker, *Annales d'oculistique*, janvier, 1877.
(2) Gayet, *Bull. de la Société de chirurgie*, 24 janvier 1877.

communication fort originale sur la *cautérisation ignée de la cornée*, dans les ulcérations ou abcès de cette membrane. On a reproché en effet aux caustiques chimiques d'avoir une action difficile à limiter : ils se dissolvent en se combinant avec les tissus, et le nitrate d'argent, le plus utile et le plus usité de tous, présente, en outre, l'inconvénient de tatouer la cornée : aussi le chirurgien de Lyon a songé à appliquer le *fer rouge* dont l'action est vive, rapide et limitable à la membrane transparente de l'œil. Les cautères qu'il a fait construire à cet usage sont de formes variées, olivaires, aplatis, légèrement convexes, etc., mais surtout extrêmement petits et incapables de rayonner, c'est là le point essentiel. Il a commencé par pratiquer des essais sur les animaux et s'est adressé ensuite à l'homme. Il a appliqué ce procédé dans deux cas d'ulcères (atonique dans l'un, strumeux dans l'autre) où la cicatrisation lui a paru plus rapide et dans dix exemples d'*abcès graves* de la cornée sur lesquels il a voulu voir si cette cautérisation pourrait, tout en facilitant la détersion, permettre d'éviter la pénétration dans la chambre antérieure. Sans être absolument concluants, ses résultats ne laissent pas que d'être encourageants. La cautérisation, selon lui, facilite la détersion et l'abrége : elle enraye les accidents réactionnaires de l'abcès, diminue la conjonctivite et fait cesser les douleurs péri-orbitaires, les névralgies : quant aux accidents locaux, elle fait disparaître promptement la teinte jaune paille si inquiétante des abcès pour une formation pulpeuse grisâtre beaucoup plus rassurante. Elle semble limiter l'abcès. Il ne se contente pas d'une seule cautérisation : il revient plusieurs fois à l'emploi de ce moyen jusqu'à l'entière guérison.

M. Trélat n'est pas effrayé de ces cautérisations qui lui paraissent devoir être utiles lorsqu'on veut obtenir une ouverture fistuleuse ou guérir un pannus rebelle : toutefois, les cautères de M. Gayet lui semblent volumineux. Il a fait construire pour un cas de trichiasis un galvano-cautère muni d'une petite anse caustique qui serait applicable aux cautérisations de la cornée.

6° AFFECTIONS DE LA BOUCHE, DE L'ŒSOPHAGE ET DU LARYNX.

a. Bec-de-lièvre. — *Opportunité de l'opération.* — Nous avons entendu M. Trélat, au commencement de l'année 1873 (à propos d'un insuccès qu'il venait d'avoir chez un enfant de six jours opéré par lui par la méthode de Giraldès), formuler quelques principes relatifs à l'opportunité de l'opération du bec-de-lièvre chez les en-

fants. Il se refuse à suivre les errements de chirurgiens qui jugent ainsi la question :

1° *Bec-de-lièvre non compliqué*, comporte l'opération de bonne heure : cette dernière ne donnant pas lieu à une hémorrhagie assez inquiétante pour compromettre la vie du petit malade et plaçant ce dernier dans une situation bien meilleure.

2° *Bec-de-lièvre compliqué* (Gueule-de-loup), grave d'opérer de bonne heure, reculer l'opération de la voûte jusqu'à l'âge de 4 ans, reculer celle du voile jusqu'à 7, mais commencer toujours par l'opération du bec-de-lièvre pour rétablir une conformation qui empêche alors l'écartement des os maxillaires de progresser.

Ce raisonnement paraît vicieux à M. Trélat : pour lui, la gravité de la situation ne tient pas à l'opération elle-même, mais à la difficulté de l'allaitement : l'enfant ne peut sucer, il déglutit non à plein gosier (puisqu'il y a communication avec les fosses nasales), mais en *sablant*, c'est-à-dire en faisant passer dans ses voies digestives une couche de liquide suivant la couche d'air. Si, d'autre part, on consulte le relevé des maternités, on voit qu'il n'y a guère que 1 p. 100 d'enfants portant gueule-de-loup qui survit, en raison de la grande difficulté qu'on a pour les allaiter suffisamment.

Quel bénéfice peut-on donc donner en opérant le bec-de-lièvre (en supposant que l'on réussisse)? on reconstitue la forme, mais la succion et l'action de têter *restent aussi imparfaites qu'auparavant.*

A cette époque, M. Trélat disait que pour lui, d'après son expérience personnelle, la question était jugée et qu'il ne tenterait plus d'opération de bec-de-lièvre au moins pendant les six premiers mois, même sur la lèvre seule : ce qu'il faut avant de corriger la difformité, c'est s'attacher à instituer l'allaitement, le reste viendra plus tard.

b. Rétrécissement de l'œsophage. — *Œsophagotome spécial.* — Robert et Collin ont construit suivant les indications de M. Trélat un instrument de 60 centimètres de longueur (fig. 72) se composant (Gaujot et Spillmann) d'une partie manuelle de 12 centimètres et d'une tige légèrement recourbée et graduée qui est terminée, à sa partie inférieure, par un renflement méplat mesurant 15 centimètres dans son plus grand axe : au-dessous du renflement on remarque une tige terminale, à pointe olivaire de 5 centimètres de longueur et d'une largeur de 4 millimètres ; la tige terminale qui renferme les lames B pénètre dans le rétrécissement ; le renflement butte contre l'obstacle et permet de juger, sur l'échelle graduée, si l'on retrouve la hauteur annoncée par les explorations préliminaires ; une

vis à large tête A, placée à l'arrière de l'instrument, fait saillir les lames B quand on la tourne et les fait rentrer quand on la retourne. Le degré de saillie des lames (variable de 0 à 20 millimètres) est indiqué par un curseur *a* : les lames ont une longueur de 4 à 5 centimètres ; à leurs extrémités elles ont une inclinaison très-douce afin de pouvoir couper sans efforts et sans tiraillements.

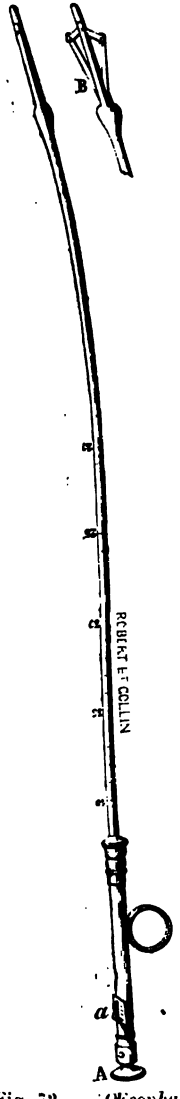


Fig. 72. — *Œsophagotome de Trélat.*

Manœuvre de l'instrument. — Très-simple: introduire l'instrument, constater sur la tige que les incisives supérieures affleurent la mesure connue d'avance, faire marcher la vis jusqu'à ce que le curseur indique le degré d'ouverture des lames qu'on veut donner, tirer à soi l'espace de quelques centimètres, détourner la vis pour faire rentrer les lames, retirer l'instrument (1).

M. Trélat ne fait usage de son uréthrotome que dans des cas tout à fait particuliers. Il a recours tout d'abord à la dilatation.

Une méthode employée par M. Ch. Bouchard et qui nous paraît extrêmement prudente est la dilatation temporaire et progressive (2) pratiquée avec des bougies à pointe conique et à corps cylindrique dont le diamètre varie de 10 à 20 millimètres. La bougie introduite est laissée en place, 5 ou 8 minutes, pendant lesquelles le malade doit pencher la tête en avant pour permettre à la salive de s'écouler par l'orifice buccal. En quelques séances la tolérance de l'œsophage est obtenue. On répète le cathétérisme d'abord tous les jours, puis deux fois par semaine, puis de moins en moins souvent, et lorsque la guérison est obtenue, on fait encore et indéfiniment un cathétérisme par mois. Dans les rétrécissements cicatriciels, franchissables et dilatables, la dilatation temporaire et progressive n'est pas, à ce qu'il paraît, « brillante »,

(1) Trélat, *Bull. de l'Acad. de médecine de* Paris, 1870, t. XXXV, p. 241.
(2) Lesbini, Th. inaug., Paris, 1873.

mais elle donne des résultats efficaces et persistants : elle doit, d'après M. Bouchard, remplacer la dilatation brusque et instantanée faite au moyen des olives. Ce procédé est sage et prudent et mérite certainement d'être mis en usage — nous nous y associons entièrement.

c. Parenté du psoriasis lingual et du cancroïde. — *Difficultés des indications opératoires.* — M. Trélat a appelé à diverses reprises l'attention de la Société de chirurgie sur la relation existant entre ces deux affections, le psoriasis lingual pouvant engendrer le cancroïde (1). — Il a cité entre autres un relevé statistique de Robert Weir, chirurgien à Roosevelt hospital (New-York), portant sur 58 cas empruntés à la littérature médicale et 10 observations inédites. — La durée du psoriasis précédant le cancroïde est très-variable, puisqu'elle oscille entre 6 mois et 40 ans, mais 37 fois le passage de l'ichthyose à l'épithélioma s'est fait sous les yeux mêmes du chirurgien, de telle sorte qu'il paraît, à l'heure actuelle, impossible de nier cette transformation morbide. A tous ces faits M. Trélat en ajoute deux autres très-concluants.

La connaissance de cette relation entre le psoriasis et l'épithélioma permettra, il est vrai, de faire un diagnostic prompt et des opérations précoces, limitées et partant très-favorables ; mais cependant l'embarras du chirurgien peut être très-grand, car il faut se garder de toucher (caustique ou autre intervention) au vrai psoriasis qui offre en somme une innocuité incontestable : d'autre part, il faut enlever rapidement et largement l'épithélioma ; c'est un cercle vicieux dans lequel on se trouve, et l'avenir pourra-t-il bien différencier le psoriasis qui doit se terminer de celui qui ne se termine pas et finit par être de l'épithélioma ? Nous ne pouvons rien affirmer à cet égard.

d. Polypes du larynx. — *Polypotome spécial.* — Ce chirurgien, pour éviter que les polypes du larynx, sectionnés avec des ciseaux par exemple, ne tombent dans le larynx, a fait construire par Mathieu (Ganjot et Spillmann) un instrument présentant une certaine analogie avec l'amygdalotome de Fahnestock. Il se compose (fig. 73) de deux branches articulées comme une paire de ciseaux et qui sont terminées par des anneaux semblables à l'amygdalotome. L'une d'elles est d'une seule pièce, l'autre présente deux articulations un peu au-dessus de sa courbure. L'instrument fermé, les deux anneaux se correspondent centre pour centre B ; au fur et à mesure que

(1) Trélat, *Bull. Soc. chirurg.*, 8 octobre 1875 et 23 mai 1877.

l'instrument s'ouvre, la branche brisée glisse sur la face interne de l'autre en entraînant avec elle l'anneau tranchant C qui la termine.

Mécanisme. — Introduit dans le larynx, il reste dans cette situation jusqu'à ce que la tumeur occupe le centre des anneaux, alors le chirurgien ouvre l'instrument en laissant immobile la branche d'une

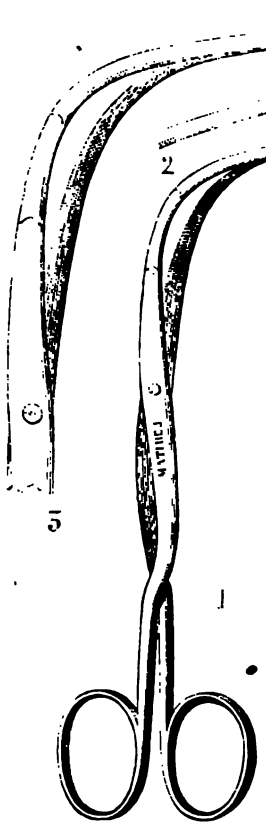


Fig. 73. — *Polypotome de Trélat.*

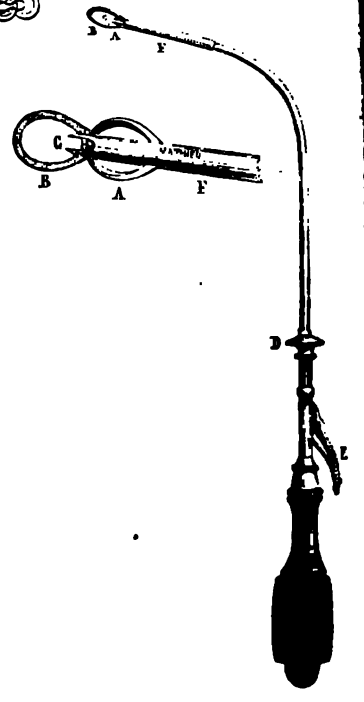


Fig. 74. — *Polypotome modifié par Mathieu.*

seule pièce, l'anneau de la branche brisée coupe la tumeur pendant son mouvement d'ascension. Pour empêcher que la tumeur ne tombe dans le larynx, une petite serre-fine A est disposée sur la face externe de l'instrument, de telle sorte qu'elle se ferme au fur et à mesure que les ciseaux s'ouvrent. Dans la figure 73, 2, les ciseaux

ont fermés, la serre-fine est ouverte : dans les figures 73, 1 et 3 les ciseaux sont ouverts et la serre-fine est fermée ; quand le polype est situé sur les parties latérales du larynx, le polypotome de M. Trélat peut être employé avec avantage, mais, dans une autre position, on ne peut faire tourner les lames, aussi Mathieu a paré à cette difficulté en imaginant un autre instrument (fig. 74) composé d'un anneau tranchant A, d'un anneau mousse ou point d'appui B et d'une fourche en hameçon C, saisissant le polype au moment de son excision et l'empêchant de tomber dans le larynx. La partie inférieure de l'instrument est mobile en F, de sorte que le chirurgien peut la tourner à droite ou à gauche, en avant ou en arrière, suivant le siége de la tumeur.

Mécanisme. — On l'introduit dans le larynx, après avoir ramené les anneaux au parallélisme en poussant la virole D ; dès que la tumeur est embrassée par l'anneau, on presse sur la pédale E qui, au moyen d'un ressort, ramène vivement en arrière l'anneau tranchant.

7° TUMEURS.

a. Chéloïdes. — *Expectation.* — M. Trélat n'admet pas la division adoptée par les dermatologistes (1) en *vraie* et *fausse*. — C'est une simple hyperplasie interstitielle fibreuse du derme et bien plutôt une maladie de la peau qu'une affection de la cicatrice elle-même. — La chéloïde vraie serait celle qui se développe spontanément, la chéloïde fausse est celle qui est consécutive à une cicatrice persistante ; selon M. Trélat c'est absolument la même chose. — Elles peuvent être manifestement diathésiques, c'est-à-dire se développer plus facilement chez certains sujets que chez d'autres : Bazin les rattache à la diathèse fibro-plastique. — Ces tumeurs ont *une tendance extraordinaire à la récidive* et, malgré cela, les chirurgiens en ont tenté et en tentent encore l'ablation. — C'est un tort, et M. Trélat partage à cet égard l'opinion de M. Hardy *qu'il ne faut y toucher ni avec l'instrument tranchant ni avec les caustiques ;* aussi, quand la tumeur n'est pas très-gênante ni très-douloureuse, il ne faut faire qu'une chose, *l'expectation :* car on en a vu se terminer par résolution spontanée.

b. Fibrome du sein. — *Expectation. Compression. Ablation.* — Le diagnostic s'appuie sur le jeune âge des malades (2), sur la

(1) Voir service Demarquay.
(2) Trélat, *Progrès médical*, 12 février 1876.

lenteur du développement, l'absence à peu près totale de douleurs, l'absence de tout retentissement ganglionnaire, l'intégrité des téguments, la mobilité et la fermeté de la tumeur ; — succède souvent à un traumatisme; attendre le plus possible avant d'intervenir, car la tumeur peut ne pas grossir ; si elle fait souffrir, essayer la compression (1), comme le veut M. Broca. — Si la malade insiste pour se faire opérer et surtout si la tumeur est le siége de douleurs vives, on peut se résoudre à l'opération légitimée par l'opinion de M. Ranvier qui dit que la distance entre le sarcome et le fibrome n'est pas bien grande; aussi, d'après M. Trélat, ce n'est pas le cas d'appliquer le proverbe de l'abstention en cas de doute.

c. LYMPHO-SARCOME. — *Nouveau moyen de diagnostic — Temporisation.* — M. Trélat a entretenu tout récemment (2) la Société de chirurgie des difficultés de diagnostic dans le lympho-adénome ou le lympho-sarcome ; il a formulé un principe d'une grande valeur au point de vue de l'intervention ou de la non-intervention en pareil cas ; ce principe, le voici : Lorsqu'on est en présence d'une tumeur néoplasique dont les caractères sont mal tranchés, qu'on ne peut franchement rattacher à aucun des types habituels et fréquents, épithéliome, sarcome, carcinome, *s'il existe en un autre point du corps des tumeurs, si petites, ignorées et indolentes qu'elles soient, ressemblant à de simples lipômes par exemple, il faut examiner avec soin l'hypothèse du lympho-sarcome,* étudier le sang, au besoin enlever, pour en faire l'analyse histologique, une des petites tumeurs ; et si le microscope répond lympho-sarcome ou lympho-adénome malin et généralisé, ce qui est tout un, *s'abstenir absolument de toute opération ultérieure,* car, malgré l'absence apparente de cachexie, la généralisation est faite, et votre opération ne remplirait plus aucune indication. Vous n'enlèverez, dit M. Trélat, qu'une tumeur en laissant toutes les autres qui grossissent et vont se développer dans les ganglions, le mésentère, le foie, les os, etc., — c'est un point de pratique appuyé sur une notion de doctrine de haute valeur, et que nous ne saurions trop approuver : nous irons plus loin en disant qu'on pourrait même se dispenser de faire cette *opération exploratrice* en quelque sorte, en pratiquant simplement dans le parenchyme de la petite tumeur en question une ponction avec l'emporte-pièce de Duchenne (de Boulogne) (fig. 75), permettant d'en retirer une

(1) Voir le service de M. le professeur Broca.

(2) Trélat, *Bull. de la Soc. chirurg.* 21 février 1877.

ite quantité qu'il serait facile de soumettre à l'examen histolo-ue. On épargnerait, de la sorte, au malade la souffrance d'une ération, quelque petite qu'elle soit.

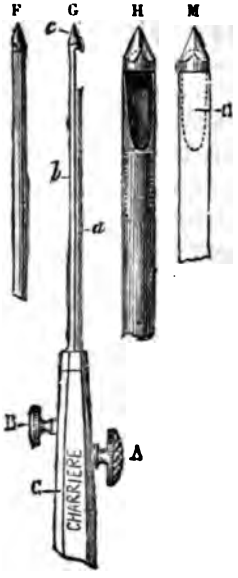


Fig. 75. — *Emporte-pièce histologique de Duchenne (de Boulogne).*

instrument se compose d'une tige cylindrique *abc*, divisée en deux moitiés, dont l'une *b* est ée sur un manche C par la vis B et dont l'autre *a* est mise en mouvement, sur la première, r une pression exercée sur le bouton quadrillé A. On fait pénétrer l'emporte-pièce fermé (F), ils on l'ouvre (G). Pendant ce mouvement, le fragment de tissu qui s'est engagé au-dessous a crochet est divisée par la pression exercée par le bord tranchant du crochet sur l'extrémité bre de la tige *a*. Le petit fragment se trouve ainsi enfermée dans la cavité *a* M.

HOPITAL DES CLINIQUES

M. LE PROFESSEUR BROCA (1)

1° AFFECTIONS OSSEUSES ET ARTICULAIRES.

a. ENTORSE. — *Massage.* — M. Broca ne croit pas à l'efficacité du repos seul, et il attache une grande importance :

1° Au *massage primitif*, qui consiste à pétrir avec les doigts les tissus engorgés, ensuite à fléchir et à étendre alternativement et d'une façon graduelle puis exagérée les articulations de la région qui est le siége du traumatisme. Par cette pression et ces mouvements la sérosité épanchée se disperse dans le tissu cellulaire sous-jacent. Après la première séance, la douleur et le gonflement reparaissent bien; mais le second jour, quand on a répété cette même manœuvre, ses effets durent plus longtemps, la douleur est moindre, et, au bout de quelques jours, pendant lesquels on la renouvelle régulièrement, les souffrances et l'œdème finissent par disparaître d'une façon absolue.

2° Il s'adresse encore et avec avantage au *massage consécutif* chez les personnes non traitées tout d'abord ou tout au moins d'une manière insuffisante, et chez lesquelles l'entorse s'est terminée par des douleurs articulaires persistantes, de la gêne des mouvements et même une impossibilité complète de la marche. Dans ce cas les frictions, douces d'abord, sont peu à peu appliquées plus énergiquement et d'une façon plus prolongée et sont surtout réservées aux points les plus douloureux.

b. FRACTURE DE LA ROTULE. — *Griffes de Malgaigne, appareil de Trélat.* — *Imprimer les mouvements de bonne heure.* — Trois indications se présentent : 1° combattre d'abord les symptômes inflammatoires; 2° maintenir autant que possible les fragments

(1) 1853, chirurgien du Bureau central. — 1861, Hospice de Bicêtre. — 1862, Hospice de la Salpêtrière.— 1865, Hôpital Saint-Antoine. — 1867, Hôpital de la Pitié. — 1872, Hôpital des Cliniques.

en contact; 3° ne pas condamner trop longtemps le membre à l'immobilité. Pour répondre à ces indications : repos, immobilisation, application de quelques ventouses scarifiées, résolutifs. — Griffes de Malgaigne (*f, f*, 67 et 68) ou appareil de Trélat (1). Ce dernier est certainement préférable ; il exige une grande surveillance au niveau de la pression des plaques de gutta-percha. M. Broca emploie aussi, au lieu de cet appareil, un bandage inamovible formant des espèces de chiastres. — Ne pas tarder à imprimer des mouvements à l'articulation pour éviter l'ankylose ou tout au moins les roideurs articulaires; commencer les mouvements au bout d'un mois, six semaines. — M. Gosselin ne croit pas que le défaut de consolidation osseuse soit très-préjudiciable à la marche. M. Broca n'est pas de cet avis et pense qu'il faut faire, dans la limite des moyens qu'on a à sa disposition, tout son possible pour éviter un cal fibreux.

c. Fracture de la clavicule. — *Écharpe. — Bande silicatée. — Avant-bras derrière le thorax* (*procédé Mitchel*). — La difficulté qu'on éprouve à maintenir les fragments au contact exerce une grande influence non-seulement sur la conformation ultérieure de l'os, mais encore sur la rapidité de sa consolidation : aussi l'absence de tout traitement, qu'en raison de cette difficulté du maintien de la réduction certains chirurgiens ont pris pour règle de conduite, semble-t-elle exagérée à M. Broca; car elle cause parfois des conséquences bien fâcheuses : l'exemple suivant qu'il a observé confirme cette manière de voir :

Un homme chez lequel avait été appliqué un appareil s'impatienta de le porter, et au bout de six jours le retira et abandonna la jointure à elle-même, de sorte que les fragments chevauchèrent, l'interne sur l'externe, et qu'au bout d'un mois il existait une *pseudarthrose* dont les mouvements étaient très-sensibles (nous en avons vu encore un exemple sur la clavicule droite d'un jeune homme du service de M. Tillaux, à Lariboisière). Le fragment interne produisait sous la peau une bosselure longitudinale, tandis que l'externe s'étant enfoncé dans le creux axillaire et ayant comprimé le plexus brachial, avait donné lieu aux trois phénomènes : impossibilité de l'abduction du bras, impossibilité de la flexion de l'avant-bras sur le bras, fourmillement dans l'extrémité supérieure du membre. Dans la fracture de la clavicule, l'emploi ou le rejet d'un traitement approprié n'est donc pas toujours chose indifférente.

(1) Voyez le service de M. le professeur Trélat (fig. 69).

M. Broca n'adopte pas tel ou tel bandage à l'exclusion de tous les autres : il varie selon le cas présent. A l'appareil de Desault il préférerait cependant volontiers soit l'écharpe de *Mayor* (1), soit l'appareil de *Velpeau* (fig. 76) (avec la bande silicatée) consistant en doloires qui coupent d'une manière oblique la clavicule blessée, la partie supé-

Fig. 76. — *Bandage de Velpeau pour les fractures de la clavicule.*

rieure de la poitrine et la partie moyenne du bras, soit l'appareil de *Middeldorpf, double plan incliné* placé dans l'aisselle et dont le côté externe fait un angle obtus à convexité, répondant à la flexion du coude, et à concavité regardant en dedans.

Sur un malade, M. Broca, pour maintenir la réduction, a employé le procédé de M. Mitchel (2) qui consiste à fléchir l'avant-bras sur le bras et à porter le membre supérieur *derrière le dos*. Toutefois, ce procédé ne peut évidemment s'appliquer à tous les cas de fracture de la clavicule.

(1) Voir service de M. le professeur Gosselin.
(2) Mitchel, *Bullet. de la Soc. chir.*, 1872.

Le Dr Maurel, médecin de la marine, a fait connaître dans les *Archives de médecine navale* (1) un excellent et ingénieux appareil (mais qui a le tort comme tous ces appareils d'exiger une fabrication spéciale) pour les fractures du corps de la clavicule et les luxations sus-acromiales. La figure 77 représente cet appareil en place.

Fig. 77. — *Appareil du docteur E. Maurel pour les fractures du corps de la clavicule et les luxations sus-acromiales.*

b, bandage de corps ; *c*, nid de pigeon ; *d*, lacs passant sur l'épaule saine ; *e*, *e'*, coussins compresseurs fonctionnant ; *f*, lacs compresseur fonctionnant ; *f'*, lacs compresseur au repos.

Il se compose : 1° d'un *bandage de corps*, *b*, fait en tissu de *sangle de cheval* ayant trois branches et trois lacs en galon dit *tirant de botte* et doublé d'une peau de mouton chamoisée ; 2° d'un *gousset*, *c*, ou nid de pigeon constitué par une bande du même tissu,

(1) Maurel (Ed.), *Du traitement des fractures du corps de la clavicule et des luxations sus-acromiales à l'aide d'un nouvel appareil.* (*Arch. de méd nav.*, 1874, t. XXII, p. 5, et *Bullet. gén. de thérap.*, 15 et 30 mars 1877.)

cousu sur le bandage de corps et destiné à recevoir le coude ; 3° de *lacs, f, f,* munis de *coussins compresseurs* (plaques de cuir rembourrées) : ils sont aussi en galon dit *tirant de botte* et doublés en peau de mouton chamoisée : deux de ces lacs sont destinés au côté de la fracture et vont se fixer au gousset en avant et au bandage de corps en arrière. Ces deux lacs exercent une pression constante sur la clavicule. Le troisième lacs part du gousset en passant sur l'épaule saine, va se boucler au bandage de corps en arrière. Les principales indications remplies par cet appareil sont : 1° *de porter en haut le moignon de l'épaule et avec lui le fragment externe ;* 2° *de maintenir les deux fragments en contact en rendant leurs déplacements solidaires ;* 3° *de porter en arrière et en dehors le moignon de l'épaule et le fragment externe ;* 4° *d'abaisser le fragment interne*, et surtout 5° *d'immobiliser*, autant que possible, *les deux fragments.*

d. SCAPULALGIE AIGUË. *Immobilisation*, puis *mouvements imprimés.*

Première période. — Dérivation antiphlogistique et badigeonnage avec la teinture d'iode. — Comme la tête humérale tend à se porter en avant, le traitement doit consister à porter le coude fortement en avant et en dedans, de façon à ce que la tête de l'humérus se reporte d'elle-même en haut et en arrière : puis, on immobilise le membre supérieur dans cette situation, avec l'écharpe de Mayor, par exemple.

D'autres fois, surtout s'il existe un épanchement considérable dans la séreuse, on trouve que c'est en écartant légèrement le bras du tronc que la tête peut seulement se remettre en place : on sait, en effet, que telle est la position indiquée par Bonnet comme étant pour l'épaule celle qui relâche le mieux les parties et augmente le plus la capacité de la cavité synoviale. C'est, en effet, dans ces cas, la situation à donner au membre supérieur en l'immobilisant : on peut employer encore à cet effet le double plan incliné de Middeldorpf indiqué plus haut pour la fracture de la clavicule. Au bout de quelques jours, l'épanchement articulaire s'étant résorbé, on retire l'appareil que l'on remplace de nouveau par l'écharpe de Mayor, si la tête se maintient dans sa situation normale, et si la douleur au niveau de l'apophyse coracoïde (point d'élection de Malgaigne dans cette affection) a considérablement diminué.

Deuxième période. — Lorsque les symptômes aigus ont disparu ou se sont au moins bien atténués, il y aurait du danger à prolonger trop longtemps cette immobilisation. Aussi doit-on engager le malade à faire des mouvements, et le chirurgien sera-t-il tenu de pratiquer lui-même un massage gradué sur l'articulation scapulo-

humérale pour empêcher la formation d'adhérences entre les surfaces articulaires et, par suite, une ankylose fibreuse plus ou moins complète.

e. NÉCROSE DU CRANE. — *Méthode de Belloste.* — Les séquestres des os du crâne sont parfois très-longs à s'éliminer. Pour en hâter la chute autant que possible, M. Broca (1) met en usage une méthode ancienne et peu employée, dite de Belloste, et qui est destinée à favoriser la formation des bourgeons charnus entre la couche vivante et la couche mortifiée de l'os. Ces bourgeons jouent un rôle important dans l'élimination du séquestre qui est au-dessus d'eux. — Cette méthode consiste à perforer le séquestre en plusieurs endroits, soit avec la *Tréphine* (fig. 78) qui se manie facilement d'une seule main et qui

Fig. 78. — *Tréphine avec couronne munie d'un curseur.*

Fig. 79. — *Perforateur de Laugier.*

permet à l'opérateur d'éprouver la sensation de la résistance vaincue bien plus qu'avec le trépan, soit avec le perforateur que Laugier a imaginé (fig. 79) pour la saignée des os ou l'évacua-

(1) Broca, *Journal de méd. et de chir. prat.*, art. 9508.

tion des abcès et qui fait des ouvertures plus étroites que celles produites par la tréphine, soit avec un simple trocart : lorsque la pointe de l'instrument perforant arrive à la couche saine de l'os, il sort par la perforation une gouttelette de sang. L'opérateur s'arrête alors, et dans les jours qui suivent on voit se former dans la perforation un bourgeon charnu sorti de la profondeur qui se développe et s'étend. Si la petite opération a été faite en plusieurs points, plusieurs bourgeons charnus sont nés ainsi et contribuent à l'élimination plus rapide. La perforation s'effectue aussi très-bien avec la pointe de ciseaux solides, comme le fait souvent M. Broca : l'opération n'est du reste pas douloureuse.

f. LUXATION DE L'ÉPAULE (intra-coracoïdienne). — *Procédés de douceur, puis appareil Jarvis.* — Si les procédés de douceur échouent, et surtout celui de Malgaigne (extension oblique, puis horizontale, combinée avec mouvement de bas de haut), il a recours à l'extension forcée combinée avec la coaptation ou à l'emploi de l'appareil Jarvis qui n'est autre chose que l'appareil de J.-L. Petit modifié. L'épanchement de sang parfois considérable qui envahit la région deltoïdienne peut donner le change au moment des tentatives de réduction et faire croire à la rentrée de la tête quand elle reste encore déplacée : l'erreur est facilement reconnue, mais trop tard, quand, après la résorption de l'épanchement, la déformation apparaît avec ses traits caractéristiques. Dans certains cas, M. Broca serait assez porté à attribuer la difficulté de réduction à l'interposition d'un lambeau triangulaire de capsule entre la tête et la cavité glénoïde.

On doit faire tout son possible pour obtenir la réduction dans les premiers moments qui suivent le traumatisme; car, si cette lésion existe chez des personnes âgées et qu'on ne puisse arriver à la vaincre au bout de quelques jours, le pronostic à porter est très-fâcheux; et on devra presque sûrement s'attendre à ne pouvoir jamais obtenir la réduction. De plus, un fait capital, dont le chirurgien consulté doit bien se pénétrer pour dégager sa responsabilité, est que, s'il existe avant la manœuvre opératoire des *accidents de paralysie* du membre supérieur, souvent ils ne disparaissent pas, une fois la réduction opérée. Cette paralysie persistante, selon M. Broca, est due à ce que les nerfs, sans avoir été déchirés, sont tiraillés et perdent leur structure et par là leurs propriétés. C'est là une complication grave que ce chirurgien a observée chez un écrivain qui, malgré la réduction d'une *luxation simple* du bras, vit continuer les symptômes de paralysie après que la réduction eut été accomplie.

g. **Fracture de la jambe.** — *Appareil silicaté.* — *Pointe de Malgaigne.* — Ce chirurgien est d'avis de redresser les difformités

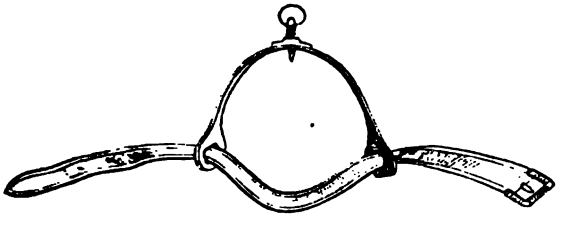


Fig. 80. — *Appareil à pointe de Malgaigne. — Instrument primitif.*

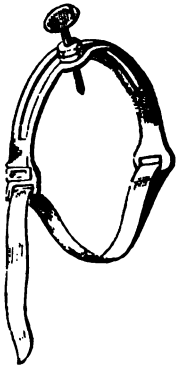


Fig. 81. — *Appareil à pointe de Malgaigne. — Instrument modifié.*

causées par la fracture, quelque temps avant d'appliquer tout appareil.

Il choisit de préférence l'appareil silicaté ; mais il évite toujours de faire tenir le membre dans une position forcée qui corrige trop

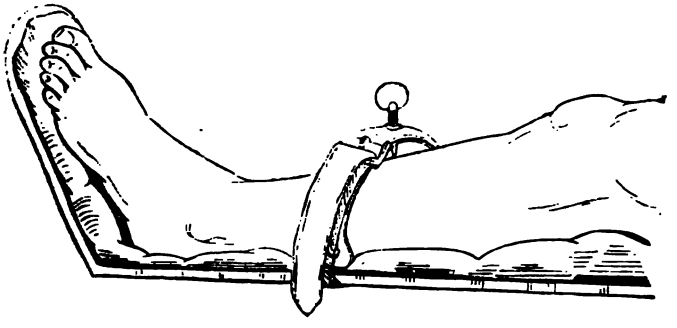


Fig. 82. — *Appareil de Malgaigne pour les fractures de la jambe. — Disposition de l'arc et de la pointe.*

fortement son attitude vicieuse; car, si on agit de cette dernière manière, on risque de produire des déformations consécutives permanentes après la consolidation.

Dans les cas de fracture non consolidée il emploie volontiers la

pointe de Malgaigne, mais en l'appliquant extrêmement près de l'extrémité du fragment, de manière à provoquer une inflammation propice à la formation du cal sans aller cependant jusqu'à la suppuration qui est, comme on sait, contraire à la consolidation osseuse. Il a employé ce mode de traitement pour plusieurs fractures de jambe non consolidées et pour une fracture de cuisse : il n'a vu survenir aucun accident sérieux.

L'instrument dont Malgaigne se servit dans le principe, disent MM. Gaujot et Spillmann (fig. 80), se composait d'un arc de tôle présentant au centre un écrou fixe à travers lequel descendait une vis de pression à pointe aiguë. Cet appareil a été modifié (fig. 81) de façon à ce que la pointe pût toujours tomber d'aplomb sur la face interne du tibia, afin de l'empêcher de glisser et de se déplacer (1). En conséquence la lame de tôle a été remplacée par une lame d'acier creusée dans sa partie médiane d'une entaille longitudinale large de 1 centimètre. La vis est supportée par un écrou mobile qui peut parcourir toute la longueur de la rainure taillée dans l'arc, où il est fixé solidement au point voulu par deux petites vis de pression. L'arc d'acier présente une courbe calculée de manière à embrasser les 3/4 antérieurs de la jambe (fig. 82) à la distance de deux centimètres environ. Ses extrémités sont percées de deux mortaises dans lesquelles passe une courroie à boucles en fort coutil qui sert à fixer l'appareil autour du membre qui, lui, est placé sur un double plan incliné garni d'ouate : ouate sous le tendon d'Achille pour que le talon ne porte pas. On est naturellement enclin à penser que la pointe pénètre dans l'épaisseur du tissu osseux, surtout si la pression exercée est un peu énergique ; il n'en est rien. Le plus ordinairement la tige est arrêtée par la surface de la couche fibreuse du périoste : c'est même pour cette raison qu'elle est exposée à se déranger aisément. En glissant, elle éraille les téguments et produit une petite plaie qui se cicatrise en dix ou douze jours après l'enlèvement de la pointe. Quelquefois, au bout de cinq à six jours, l'affaissement des coussins et des chairs fait que la pointe vacille : il faut alors ou resserrer la courroie ou donner un tour de vis. Enfin, quand le pas de vis est trop allongé, il arrive aussi que la réaction des muscles suffit pour faire rétrograder la vis et diminuer la pression : on s'y oppose en fixant, à l'aide d'un fil, la tête de la vis.

h. GANGRÈNE TRAUMATIQUE DE LA JAMBE. — *Amputation de la cuisse.* — Dans certains cas de cette nature, quand bien même, en

(1) Arrachart, *De l'emploi de l'appareil à pointe métallique*, thèse. Paris, 1856.

raison de l'apparence saine des parties, l'amputation est jugée praticable à la jambe et au lieu d'élection par suite de la conservation de la chaleur et de la circulation superficielle du membre, il ne faut pas s'en laisser imposer par ces phénomènes, et on doit pratiquer l'opération beaucoup plus haut. En effet, en pareille circonstance, lorsque la gangrène existe dans l'intérieur de la jambe, le sang ne pouvant circuler dans les vaisseaux profonds reflue vers la superficie et donne ainsi une sensation trompeuse de chaleur. Si on ne tente pas, dans ces cas, la conservation (coaltar; — acide phénique; — injections détersives), il vaut mieux amputer la cuisse (méthode circulaire de préférence à la méthode à lambeaux; — immobilisation du moignon avec la gouttière de carton; — pansement désinfectant).

2° AFFECTIONS DES YEUX.

a. Granulations palpébrales. — *Compression oculaire.* — Outre le traitement général, M. Broca applique d'abord une thérapeutique locale consistant surtout dans les modificateurs. La *compression* des paupières sur le globe oculaire, avec l'ouate, est une méthode qui lui a donné quelques résultats satisfaisants, mais, pour qu'elle soit employée, il faut que les malades puissent la supporter sans aucune douleur. Elle n'a, bien entendu, aucune action sur le pannus qui est souvent la conséquence des granulations, mais elle peut aider à la résorption de ces dernières.

b. Staphylôme iridien. — *Compression oculaire.* — Il essaie aussi la même compression pour le staphylôme de l'iris : si elle n'a pas grande action sur la hernie elle-même, du moins elle ne peut que contribuer à l'empêcher d'augmenter de volume, et surtout elle fait cesser presque toujours les douleurs parfois si vives qui accompagnent cette affection.

c. Dangers de l'application trop prompte d'un œil artificiel. — Les yeux artificiels d'émail, trop tôt appliqués et surtout trop volumineux, peuvent être la cause, non-seulement d'une hypersécrétion muqueuse ou purulente par l'irritation qu'ils produisent, mais encore de migraines ou même de douleurs extrêmement vives, du côté correspondant de la face, qui prennent tout à fait les caractères de la *névralgie de la 5e paire*. Aussi M. Broca se guide-t-il sur les principes suivants dans l'application de ce moyen prothétique (à la suite de la perte du globe oculaire ou de son extirpation) : un œil artificiel ne doit être appliqué que six mois au moins après la

perte de l'œil véritable et, en outre, doit être beaucoup moins volumineux que n'était ce dernier. Peu à peu on en augmente la dimension jusqu'à ce qu'il ait atteint la grosseur convenable.

Fig. 83. — *Cisailles de Liston.*

3° AFFECTIONS DES GENCIVES, DES LÈVRES ET DES FOSSES NASALES.

a. Épulis (fibreuse, fibro-plastique ou myéloplaxique). *Excision. — Cautérisation. — Conservation des dents et du maxillaire suivant les cas.* — L'ablation de la tumeur est le traitement le plus rationnel, car, dans ce cas, les caustiques ne sont pas aussi faciles dans leur application et sont extrêmement douloureux. — Après en avoir pratiqué l'excision à l'aide de l'instrument tranchant, on examine la surface d'implantation de la tumeur, et, si c'est sur une ou plusieurs dents que s'est greffé le produit morbide, on en fait en même temps l'extirpation.

Si la tumeur s'implante sur le bord supérieur de la mâchoire, il est probable qu'elle l'envahit dans une certaine étendue, surtout si les dents ne sont pas seulement repoussées en avant, mais mobiles : il faut alors, de toute nécessité, sacrifier une partie de cet os (en laissant un pont subsister entre les deux moitiés), sinon la totalité de sa hauteur. — On sectionne d'abord la muqueuse et le périoste en circonscrivant la tumeur par une incision transversale et deux autres verticales (en avant et en arrière), puis on se sert de la pince de Liston (fig. 83) et, si l'os résiste, de la gouge et du maillet. La *triquoise*, diffère des cisailles en ce que les lames tranchantes ne se superposent pas, mais arrivent (fig. 84) simplement au contact : elle coupe avec plus de netteté et, pour faire ces résections partielles, rend de grands services à cause de son énorme puissance : M. Broca rugine alors la surface de section osseuse afin

d'éviter ultérieurement l'excoriation de la pointe de la langue.

Ce néoplasme est un des moins graves, mais il y a toujours à craindre la récidive ; aussi vaut-il mieux, après la résection, employer la cautérisation profonde et périphérique avec le fer rouge en ayant soin de protéger les régions muqueuses périphériques avec une plaque de bois.

Fig. 84. — *Pince triquoise de Velpeau.*

Fig. 85. — *Aiguille de Thierry.*

Fig. 86. — *Manche à tube carré pour manœuvrer l'écrou de l'aiguille d'Alex. Thierry.*

Il y a une différence bien grande de gravité entre cette résection *marginale* et la résection partielle de toute la hauteur que peut exiger l'implantation profonde du produit morbide.

b. Bec-de-lièvre compliqué. — *Gouttière de caoutchouc.* — Un procédé spécial et propre à ce chirurgien est destiné à protéger la cicatrice contre l'action de la langue (1). Il consiste à enfermer

(1) Broca, *Bull. Soc. chir.*, t. VI, p. 266, 1855.

la lèvre, après la suture dans une gouttière de caoutchouc vulcanisé qu'on fixe au moyen de deux fils noués en rosette sur l'épingle nasale de Dieffenbach ou celle de Thierry (fig. 85 et 86). Ce procédé, appliqué pour la première fois en 1854 en présence de M. Monod, a donné un beau succès. Depuis lors, M. Broca l'a appliqué dans tous les cas de bec-de-lièvre compliqué qu'il a opérés, et sur neuf opérations il a obtenu sept succès.

c. POLYPE FIBREUX DES FOSSES NASALES. — *Serre-nœud à bout articulé.* — M. Broca a fait construire un serre-nœud (fig. 87) différent du serre-nœud de de Græfe, en ce que son extrémité A est articulée de façon à pouvoir quitter la direction de la portion principale de l'instrument pour lui devenir perpendiculaire. Cette disposition est avantageuse quand le serre-nœud doit traverser une narine très-étroite.

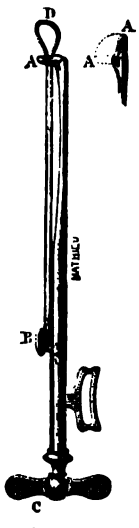


Fig. 87. — *Serre-nœud à bout articulé de Broca.*

d. OZÈNE. — *Injections antiseptiques. Siphon de Th. Weber.* — M. Broca fait usage dans les affections nasales, lupus, ozène, coryza chronique syphilitique, eczémateux ou autre, d'injections antiseptiques destinées à combattre l'odeur pénétrante que répandent les malades atteints de cette dégoûtante infirmité, et aussi à modifier les surfaces ulcérées qui produisent une sanie ichoreuse incessante : mais il donne surtout la préférence à la solution alcoolo-phéniquée ou chloralée au 1/100. Il les fait pratiquer avec une canule ajustée à un simple irrigateur. Le siphon de Thomas Weber (fig. 88) dont le Dr Constantin Paul (1) a vulgarisé l'emploi est un appareil des plus commodes et des plus utiles pour pratiquer l'irrigation nasale ou naso-pharyngienne. Il se compose d'un tube en caoutchouc T, de $1^{m},50$, d'un petit tube recourbé en cuivre ou en caoutchouc durci qui s'applique sur le bord du récipient V, et d'un tube de caoutchouc de 20 centimètres de long destiné à plonger dans le liquide. Enfin l'extrémité nasale du tube se termine par une ampoule *c* de corne (Weber), de verre (Fauvel) :

Le jet du liquide dirigé dans l'une des narines revient par l'autre, et pour cela il ne faut pas que ce jet soit projeté avec force : l'orifice postérieur des fosses nasales se ferme spontanément par la

(1) Constantin Paul, *Note sur l'irrigation nasale ou naso-pharyngienne et de son application aux affections aiguës et chroniques des fosses nasales* (*Bull. génér. thérapeut.* 30 août 1874).

contraction active du voile du palais et celle du constricteur supérieur du pharynx. M. Constantin Paul a adopté les injections d'eau tiède à 35 ou 36° contre le *coryza aigu*, et il l'a vu guérir rapide-

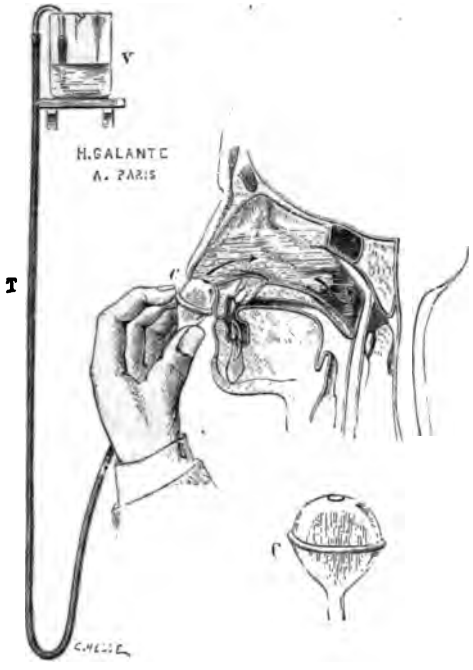


Fig. 88. — *Siphon de Weber.*

ment : le mal de tête disparaît souvent à la première douche. Ce médecin conclut donc, et nous concluons avec lui, que l'irrigation naso-pharyngienne est une opération des plus simples et qu'elle est applicable non-seulement aux cas menaçants ou graves, mais encore aux affections les plus légères, en un mot qu'elle doit faire partie de la *pratique journalière* de la thérapeutique.

4° AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES.

TRACHÉOTOMIE. — *Canule à soupape.* — MM. Gaujot et Spillmann (1) décrivent une canule (canule de Broca, (fig. 89) destinée à laisser passer l'air dans le larynx et à permettre la phonation. Cette canule présente sur sa courbure une ouverture

(1) Gaujot et Spillmann, *Arsenal de la chirurgie.* Paris, 1867.

arrondie laissant l'air passer dans la cavité laryngienne quand l'extrémité antérieure est close. A cette extrémité antérieure s'applique une petite pièce mobile B renfermant une soupape C dont l'occlusion est réglée au moyen d'une vis A qui vient s'arc-bouter contre un petit levier D. En fermant plus ou moins cette soupape, on force l'air à passer plus ou moins dans le larynx. Lorsqu'on a pu laisser la soupape fermée pendant plusieurs heures ou plusieurs jours, sans accident, on a la certitude de pouvoir enlever la canule sans danger, puisqu'on reste assuré que le passage de l'air par les voies naturelles est devenu facile et suffisant.

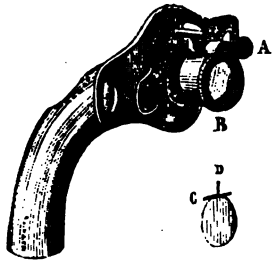


Fig. 89. — *Canule à soupape limitée de Broca.*

5° AFFECTIONS DU PIED ET DE LA MAIN.

a. PIED-BOT ÉQUIN ACCIDENTEL. — *Ténotomie.* — *Appareil silicaté à fenêtre.* — Il peut être dû à une rétraction du triceps sural consécutive à une suppuration du mollet, profonde et longtemps prolongée. Gerdy l'attribue plutôt à la rétraction des fibres tendineuses qu'à celle des fibres musculaires. Il diffère du pied-bot équin congénital en ce que, dans ce dernier, le pied tend presque toujours à se renverser en dehors (le malade s'appuie alors sur les orteils externes) et que la voûte plantaire augmente de plus en plus, tandis que dans le pied-bot accidentel cette dernière reste toujours la même : on observe seulement l'élévation du talon; il n'y a, en un mot, qu'un vice de longueur du tendon d'Achille.

La ténotomie est indiquée dans l'un et l'autre cas, mais surtout pour la forme accidentelle. Appareil prothétique pour maintenir le pied fléchi après l'opération : on peut le remplacer par l'appareil plâtré sur lequel il est plus sage de ménager une fenêtre au niveau de la section, bien que la méthode sous-cutanée, employée toujours en pareil cas, ne donne guère de chance à la suppuration.

b. ONGLE INCARNÉ. — *Anesthésie locale.* — *Méthode de Gerdy.* — Au point de vue de la physiologie pathologique, l'ongle incarné présente deux formes : une première qui est due *à une trop grande dureté* de l'ongle qui coupe comme un instrument tranchant; une seconde due à *la trop grande mollesse* de l'ongle n'ayant pas assez de force pour maintenir les chairs qui se boursouflent par-dessus

lui, s'irritent par le contact de la production cornée et finissent par se couper encore sous sa pression : dans ce cas la forme de l'ongle est exactement celle du singe.

Anesthésie locale avec le mélange de glace pilée et de sel marin : arrachement de l'ongle avec la spatule ordinaire, excision d'un lambeau de parties molles de chaque côté de l'ongle, ce qui constitue le procédé de Gerdy. Quelques jours après, au moment où commence la cicatrisation, on assure le succès de l'opération en adaptant, de chaque côté de la matrice unguéale, un *petit rouleau* de diachylon fait avec une bandelette de la largeur du doigt et fortement serré afin de combattre par cette pression latérale la tendance du bourrelet à produire une nouvelle saillie et à englober l'ongle. Si les ganglions inguinaux se prennent, on doit se hâter de supprimer la compression.

c. Mal perforant. — *Abrasion épidermique répétée. — Repos. — Amputation.* — La thérapeutique varie suivant le degré auquel on a affaire.

1er *degré* (hypersécrétion épidermique seule).

Précautions que le malade doit prendre en matelassant sa chaussure sur la partie du pied (talon, tête des métatarsiens) qui commence à être malade.

2e *degré* (hypersécrétion épidermique considérable; légère exulcération du derme, hypertrophie des papilles dermiques).

Repos au lit ; abrasion complète et répétée souvent de toute l'induration épidermique.

3e *degré* (ulcère profond et large ; papilles dermiques converties en fongosités épaisses et saignantes ; dénudation des surfaces osseuses ; pénétration dans les articulations).

L'amputation est la seule ressource, et la récidive arrive souvent avec la plus grande rapidité.

6° AFFECTIONS DU SEIN.

Mamelle irritable. — *Compression.* — La mamelle irritable (sans aucune lésion locale appréciable, ce qui est très-rare selon M. Broca) donne lieu à des douleurs tantôt siégeant près de la glande (névralgie idiopathique des nerfs intercostaux), tantôt occupant la glande elle-même qui, souvent, est un peu plus lourde que celle de l'autre côté. La douleur irradie au bras, à l'épaule ou ailleurs : dans certains cas, elle est fulgurante comme dans les névrômes et est cause d'insomnie. Ce chirurgien emploie toujours dans ces cas la

compression (1) : chez une de ses malades, les douleurs étaient si intenses, que, pour appliquer ce mode de traitement, on fut contraint de l'anesthésier.

Voici comment il fait cette compression : il dispose sur la mamelle un coussin d'amadou retenu en place par deux bandelettes de diachylon passant sur les épaules et sous les aisselles, et fortement appliquées contre le sein par un bandage roulé autour du tronc et modérément serré de façon à ne pas gêner la respiration. Au bout de quelques jours cette compression est enlevée, puis réappliquée, s'il y a lieu. M. Broca a vu souvent ce moyen calmer l'élément douleur dans le cas d'adénome mammaire accompagné de névralgie rebelle : il peut également contribuer à la diminution sinon à la disparition complète de la tumeur.

7° AFFECTIONS DU TUBE INTESTINAL.

a. HÉMORRHOÏDES. — *Emploi du galvanocautère.* — M. Broca préfère, en ce cas, le galvano-cautère à l'écraseur linéaire dont l'usage a été suivi assez souvent d'hémorrhagies et qui donne un peu moins de sécurité contre la phlébite. Le premier moyen n'a jamais donné d'accident à ce chirurgien. Le grand avantage de la galvanocaustie, c'est de pouvoir ne chauffer le fil qu'au rouge-cerise qui laisse sur le point touché une couche protectrice feutrée et natée, parfaitement analogue à celle que produit l'écrasement linéaire. Le rouge-blanc, au contraire, coupe comme un instrument tranchant et ne laisse aucune couche défensive. Il a vu la cicatrisation se produire du reste rapidement, après l'opération même, malgré la persistance des selles.

b. FISTULE A L'ANUS. — *Emploi du galvano-cautère.* — M. Broca emploie, dans ce cas, cet instrument non plus dans le but de cautériser seulement, comme le fait M. Tavignot, mais pour sectionner le trajet fistuleux complétement. Ne pas couper trop rapidement, brûler lentement les tissus de dedans en dehors pour éviter l'hémorrhagie et obtenir une eschare tapissant la plaie, tels sont les principes qui le guident dans l'application de ce procédé. Voici comment il opère : un stylet introduit dans la fistule est mis en communication par l'une de ces extrémités avec un des pôles de la pile : puis le chirurgien, saisissant le fil de l'autre pôle, vient tou-

(1) Broca, *Mémoire sur le traitement des adénomes et des tumeurs irritables de la mamelle par la compression* (*Bullet. de thérap.*, t. LXII, p. 199, mars 1862).

her d'une manière intermittente, pour éviter la section trop brusque du point fistuleux, l'extrémité du stylet restée libre. De cette façon, le conducteur métallique rougit quand le courant passe, se refroidit quand ce dernier est interrompu, et agit sans donner issue à une goutte de sang et en déterminant une eschare protectrice, dont la chute, au bout de quelques jours, laisse une plaie qui ne tarde pas à se cicatriser. Ces cautérisations *à petit coup* sont extrêmement douloureuses, et comme le trajet met un laps de temps encore assez long avant de se sectionner, nous croyons que c'est là une méthode qu'il serait difficile d'appliquer d'une façon générale sans le secours du chloroforme.

c. HERNIE INGUINALE. — *Bandage à pression rigide de Dupré.* —

Fig. 90. — *Tige rigide du bandage de Dupré.*

Dans un rapport (1) M. Broca a déclaré avoir employé le bandage de Dupré contre six hernies qu'aucun appareil n'avait pu maintenir.

Fig. 91. — *Bandage à tige rigide pour hernie inguinale double.*

six fois le succès a été complet. — Ce bandage (fig. 90, 91) consiste en une tige rigide cylindrique ou aplatie et présentant, par exemple, dans le cas de hernie inguinale double, trois arcades, l'une médiane à concavité inférieure et les deux autres latérales à concavité supérieure. Les extrémités, au lieu de conserver l'horizontalité du corps de l'axe, sont recourbées verticalement par en bas. L'axe n'est

(1) Broca, *Rapport sur le système des bandages herniaires de M. Dupré* (*Bull. de l'Acad. de méd.* Paris, 1869, t. XXXIV, p. 40).

pas latéral, mais transversal intérieur : il va d'une branche à l'autre.

Aux branches verticales sont fixées les deux moitiés d'une ceinture postérieure qui se boucle à la façon d'une patte de pantalon, on la serre et on la desserre à volonté : deux pelotes sont assujetties derrière les arcades latérales ; à l'aide de lames fenêtrées rivées aux deux côtés de ces arcades une vis passe à travers la fenêtre et s'engage dans un écrou rivé lui-même à l'écusson ou platine-support de la pelote. Cette vis fixe la pelote sur la lame fenêtrée. On peut incliner cette pelote en la faisant pivoter autour de la vis sur son axe antéro-postérieur et la fixer, par un trou de vis, à tel point de l'étendue de la fenêtre que l'on jugera à propos de le faire.

Deux lanières en cuir partant de chaque côté du bord supérieur de la demi-ceinture postérieure seront fixées à un bouton que présente la branche verticale au bas de sa face externe et permettent de faire basculer les pelotes à volonté. Le contre-appui se fait aux lombes sur une large surface, les hanches sont ménagées, la pression en avant n'a lieu que sur les pelotes et il n'y a pas de déperdition de force.

Pour la hernie d'un seul côté, c'est le même système ; seulement il n'y a en avant qu'une seule arcade métallique au lieu de deux.

8° AFFECTIONS DE LA VESSIE.

Cystite chronique douloureuse. — *Injections d'acide carbonique.* — A l'exemple de Follin, ce chirurgien (1) a songé à injecter le gaz acide carbonique comme moyen anesthésique et comme simple palliatif dans la cystite très-douloureuse. Ce moyen lui a donné des résultats curatifs dans des cas qui avaient résisté à tous les autres traitements. Ces injections, en diminuant chaque fois, pendant douze heures au moins, la sensibilité de la muqueuse vésicale, permettent aux malades de garder de plus en plus longtemps leurs urines qui dilatent peu à peu la vessie et ne tardent pas à lui rendre son calibre. Il a fréquemment employé ces sortes d'injections, et tous ses malades ont éprouvé, d'après lui, une amélioration remarquable. Ce procédé est cependant, à l'heure qu'il est, peu en usage dans nos hôpitaux : on y a peut-être un peu trop renoncé.

9° AFFECTIONS DES VAISSEAUX. — AMPUTATIONS.

a. Anévrysme de la fémorale. — *Compresseur élastique.* — L'appareil imaginé par M. Broca répond à toutes les indications de la

(1) Broca, *Moniteur des hôpitaux*, 4 août 1857.

compression continue (fig. 92), élastique, graduée et alternante (1). En voici la description telle qu'elle est donnée par MM. Gaujot et Spillmann.

La gouttière matelassée A, qui sert à la contre-pression, est échan-

Fig. 92. — *Appareil à pression élastique de Broca, pour la compression continue et alternante de l'artère fémorale.*

crée à ses extrémités aux dépens du bord interne, afin de pouvoir être adaptée indifféremment aux deux membres droit et gauche. Elle remonte jusqu'à la partie supérieure de la fesse et descend jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus du creux du jarret. L'appareil est maintenu en haut par une ceinture embrassant le bassin, en bas par une courroie inférieure le fixant à la cuisse. Le bord externe de la gouttière est rectiligne et présente une tringle plate, limée en biseau C, sur laquelle glissent horizontalement les montants B, B supportant tige et pelote ; ces montants sont fixés par des vis de pression sur tous les points de la longueur de la tringle. Les armatures sont à tiges articulées pouvant s'incliner dans tous les sens — tige horizontale de l'armature terminée par une plaque ronde percée à son centre d'un trou destiné à livrer passage à la vis. Deux petites baguettes verticales, fixées sur cette plaque sont reçues dans des trous pratiqués sur les côtés de l'écrou mobile, et un cylindre de caoutchouc vulcanisé, inséré circulairement sur cet écrou en dehors des trous latéraux, va d'autre part aboutir au pourtour de la plaque inférieure ; en sorte que la grande vis cachée dans l'intérieur du cylindre élastique ne reparaît qu'au-dessous de l'armature. La pelote compressive DD mobile sur la tige de la vis est fixée dans la position déterminée à l'aide d'une petite vis de pression.

(1) Broca, *Des anévrysmes et de leur traitement*. Paris, 1856, et *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1856, t. IV, 4. 415 ; 1864, t. IV, p. 392.

b. Ulcères variqueux. — *Élévation du membre. — Greffes. — Injection de perchlorure de fer.* — Comme modificateur de la plaie et des parties voisines le meilleur est l'*élévation* du membre. M. Broca place le membre inférieur sur une chaise renversée reposant sur le lit : un coussin est intermédiaire entre la chaise et le membre. Dans cette position la circulation reprend son cours et l'amélioration ne tarde pas à se produire. Il emploie également les *greffes épidermiques* (1). (Enlever sur la cuisse, par exemple, de très-petites surfaces épidermiques avec la couche la plus superficielle du derme, à l'aide d'une lancette enfoncée à une petite profondeur, les transporter à l'aide de la pointe de cette lancette sur l'ulcère où on les fait glisser avec le bout d'une épingle et où on les fixe soit avec une bandelette de diachylon, soit avec une couche d'ouate, en ayant soin de les laisser prendre, bien au repos et à l'abri de l'air). Il fait également usage des injections de perchlorure de fer dans les grosses veines variqueuses (fig. 93 et 94); une fois l'oblitération obtenue, porter

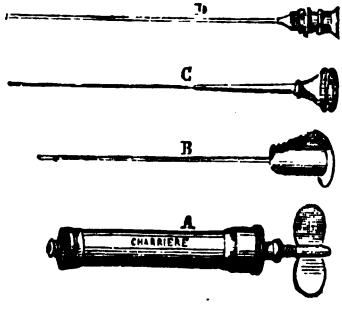


Fig. 93. — *Seringue de Pravaz pour injections coagulantes.*

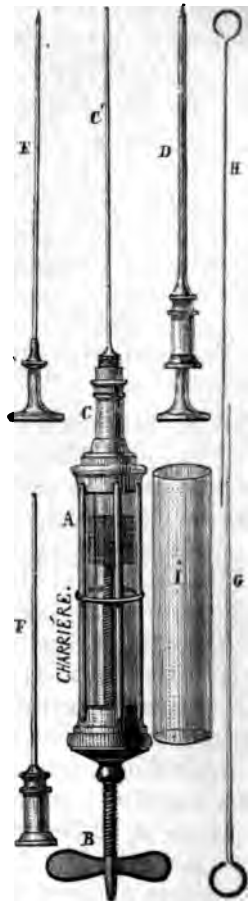


Fig. 94. — *Seringue de Pravaz modifiée pour injections hypodermiques (modèle Charrière. Gr. nat.).*

des bas lacés ou élastiques pour s'opposer à la récidive si fréquente de ces sortes d'ulcères : nous avons vu en 1858, lorsqu'il remplaçait

(1) Reverdin, *De la greffe épidermique* (*Arch. gén. médec.*, avril, mai et juin 1872).

Jobert (de Lamballe) à l'Hôtel-Dieu, un malade chez lequel il avait employé ces injections, présenter les symptômes caractéristiques de l'infection purulente dont il guérit cependant.

c. Amputation de cuisse. — *Gouttière de carton.* — Lorsque nous n'appliquons pas la méthode de M. A. Guérin (1) et que nous employons le pansement ordinaire (alcool, glycérine ou acide phénique), c'est généralement au moyen d'un *triangle* (fig. 95) que nous main-

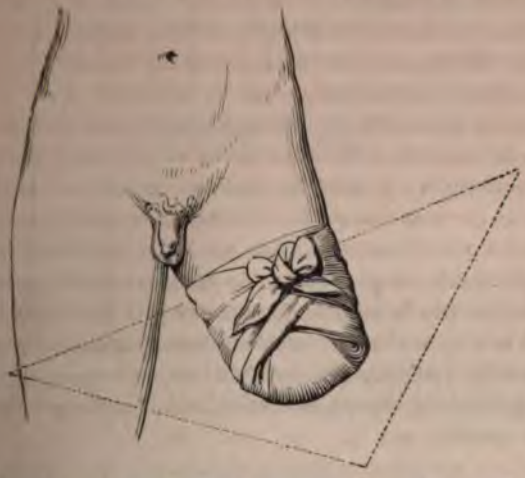


Fig. 95. — *Mouchoir en triangle pour le pansement du moignon après amputation des membres.*

tenons l'appareil en plaçant sa base sous le moignon. L'angle droit est ramené sur la face supérieure de la cuisse, dépassant le niveau de la base du triangle. Les deux angles aigus sont alors croisés sur lui et fixés en place soit au moyen d'épingles, soit par un simple nœud.

Cherchant à simplifier le plus possible les pansements quotidiens des amputés de cuisse, et à les rendre moins douloureux, M. Broca, convaincu qu'il est de la plus haute importance d'immobiliser le moignon, le place dans une sorte d'appareil amovo-inamovible (2). Il pratique la méthode circulaire de préférence à l'amputation à lambeaux. C'est en 1848 qu'il a vu, pour la première fois, employer cet appareil par Blandin dans un cas où le moignon constitué par des chairs flasques était fort difficile à soutenir. Voici de quoi il se compose : avec un *morceau de carton* long de 10 à 15 centimètres

(1) Voir le service de M. le Dr A. Guérin.
(2) Broca, *Journ. de méd. et de chir. pratiq.*, art. 1843.

assez large pour envelopper un peu plus de la moitié du membre, on façonne une gouttière. Pour cela on fait dans le carton des incisions longitudinales, parallèles, ne comprenant qu'une partie de son épaisseur, de telle sorte que la feuille pèse plus dans ces différents points. Il est facile alors d'arrondir la gouttière en pliant le carton et on la garnit de compresses fines et d'ouate, selon les besoins. Enfin, par-dessus on place quelques bandelettes de diachylon qui en assurent la solidité.

Il réunit par la suture entortillée les deux angles de la plaie, et, sur la ligne médiane seulement, il laisse un espace libre pour l'écoulement des liquides facilité par la présence d'un train placé debout dans le milieu du moignon. Pansement à plat, compresses longuettes, triangle de toile (intervalles situés entre le bord de la gouttière et remplis de charpie, charpie recouvrant le moignon). Arroser les linges et la charpie avec le *coaltar saponiné* : laver la plaie chaque matin avec l'eau alcoolisée ou l'eau phéniquée. Avec cet appareil, qu'on est obligé de fixer de nouveau lorsque le membre diminue de volume, il est aisé de comprendre combien les pansements sont faciles et moins pénibles pour le malade : on prend la gouttière à pleine main pour soulever le membre, le découvrir, le laver et le panser. M. Broca se conforme à la pratique moderne de nourrir les opérés.

HOPITAL DE LA PITIÉ

M. LE PROFESSEUR VERNEUIL (1)

1° AFFECTIONS OCULAIRES.

a. KYSTES DES PAUPIÈRES — kystes meibomiens. — *Excision partielle.* — Depuis qu'il a vu que dans deux cas où, quoiqu'il eût laissé une partie du kyste, la guérison n'en est pas moins survenue, M. Verneuil ne fait plus que l'ablation partielle de la tumeur, ce qui simplifie singulièrement le manuel opératoire. Il accroche le kyste avec un ténaculum, l'attire légèrement et en excise une moitié à peine avec le couteau à cataracte. La cautérisation du fond du kyste avec la pointe d'un crayon de nitrate d'argent n'est pas indispensable.

b. KYSTES PRÉLACRYMAUX A CONTENU HUILEUX. — *Ponction.* — M. Verneuil a signalé (2) l'existence d'une variété de kystes du grand angle de l'œil à laquelle il a donné le nom de *prélacrymaux* parce qu'ils sont situés en avant du sac lacrymal : leur origine est congénitale et leur contenu est un liquide analogue à l'huile d'olive (oléine, cristaux de margarine). Ils peuvent facilement être confondus soit avec une tumeur lacrymale, soit avec un kyste séreux, soit avec un kyste sébacé analogue à ceux de la queue du sourcil. M. Verneuil croit qu'une simple ponction suffit à en débarrasser les malades.

c. CONJONCTIVITE PURULENTE BLENNORRHAGIQUE. — *Méthode antiseptique.* — *Désinfection continue.* — Il rejette, dans ce cas, les substances caustiques comme étant fort douloureuses et n'ayant pas pour effet de détruire le virus. Ces caustiques ne font que produire une eschare sous laquelle se reforme la matière virulente. Ce qu'il faut, en pareil cas, c'est traiter cette conjonctivite purulente comme un abcès septique ; aussi les deux indications à remplir sont : 1° entraî-

(1) 1856, chirurgien du Bureau central ; — 1862, hôpital de Lourcine ; — 1865, hôpital du Midi ; — 1865, hôpital Lariboisière ; — 1872, hôpital de la Pitié.
(2) Verneuil, *Bull. de la Soc. de chir.*, 27 décembre 1876.

ner le pus au fur et à mesure qu'il se forme; 2° le neutraliser à mesure qu'il se produit. Pour arriver à ce but, faire des *nettoyages* et une *désinfection continue*. Lavages incessants à l'aide d'un irrigateur, et toutes les deux heures instiller quelques gouttes d'un collyre faible ne déterminant que peu de douleur et agissant comme modificateur antiseptique (collyre au sublimé ou au sulfate de cuivre de 1 à 3 cent. pour 30) (M. Verneuil serait même disposé à employer l'acide phénique 1 pour 100). Il se demande ce que peuvent faire les sangsues au voisinage d'un foyer septique; quant aux scarifications, elles n'ont qu'une tendance, favoriser l'absorption du pus au lieu de l'atténuer.

d. EPITHÉLIOMA SUDORIPARE DE LA PAUPIÈRE INFÉRIEURE. — *Extirpation.* — *Blépharorrhaphie.* — Comme règle à peu près générale, les chirurgiens font l'autoplastie immédiate après l'extirpation des tumeurs de la face; M. Verneuil se contente, après l'ablation, d'appliquer le procédé de Denonvilliers, de Mirault d'Angers, etc., c'est-à-dire la blépharorrhaphie ou suture des paupières, qui est en quelque sorte le traitement *préventif* de l'ectropion et d'une innocuité parfaite. Ce n'est en tout cas que plus tard, lorsque la plaie a diminué de grandeur, qu'il songe à faire l'autoplastie qui parfois alors se borne à très-peu de chose (1). D'une façon générale, il préfère les restaurations autoplastiques tardives, qui, outre qu'elles se font à moins de frais, ont le grand avantage d'éviter aux malades les complications, telles que la gangrène des lambeaux, les érysipèles etc., sans compter que consécutivement les lambeaux se rétractent, s'abaissent, s'amincissent, s'enroulent de telle façon qu'au bout d'un certain temps le résultat primitif est réduit à zéro.

e. OPHTHALMIE SYMPATHIQUE. — *Blépharorrhaphie.* — Au lieu de se décider d'emblée à l'extirpation de l'œil perdu qui est la cause de troubles plus ou moins prononcés de l'œil sain, M. Verneuil essaie de faire l'occlusion temporaire du premier de ces yeux avec une mousseline collodionnée. Si les douleurs cessent dans l'autre œil, il pratique la blépharorrhaphie de l'œil perdu : si elles continuent, il fait l'extirpation de ce globe.

2° AFFECTIONS DE LA CAVITÉ BUCCALE.

a. ANTHRAX DES LÈVRES. — *Cautérisation au fer rouge.* — M. Verneuil, regardant l'anthrax de la face (lèvres, nez, paupières) comme plus grave que celui qu'on observe dans les autres régions du corps,

(1) Verneuil, *Mémoires de chirurgie*, t. I. *Chrurgie réparatrice.* 1877.

croit qu'il est dangereux, en pareilcas, de se borner à la temporisation. — Tantôt il incise le plus tôt possible, tantôt (et c'est le mode de traitement qu'il préconise surtout) il emploie les *cautérisations énergiques* avec le fer rouge et l'ignipuncture à l'aide du thermo-cautère. — Il n'attend pas le développement des accidents généraux, il agit immédiatement.

b. Tumeur érectile veineuse de la joue. — *Ponctions interstitielles par le galvano-* ou *le thermo-cautère.* — M. Verneuil adopte cette méthode surtout chez les très-jeunes enfants. Cette cautérisation ponctuée interstitielle se fait d'une façon rayonnée, c'est-à-dire en plongeant (en 5 ou 6 points différents) le fil de platine de la circonférence de la tumeur vers son centre ; on y creuse aussi de petites galeries qui cernent tout le produit morbide où se développe une phlébite oblitérante. Plus tard, si le centre de la tumeur reste érectile, on l'attaque; toutefois avec la seule inflammation périphérique on peut espérer l'inflammation centrale.

c. Épithélioma de la lèvre inférieure. — *Extirpation sans autoplastie immédiate.* — Même lorsque toute la hauteur de la lèvre est envahie par le produit morbide, M. Verneuil se contente d'en pratiquer l'ablation soit avec le couteau galvanique, soit avec le thermo-cautère et s'abstient de toute autoplastie immédiate. La nature se charge de faire, par suite de la rétraction ultérieure des tissus, une sorte de chéiloplastie, souvent imparfaite il est vrai, mais qu'il est toujours temps de compléter plus tard.

d. Épithélioma limité a un des cotés de la région maxillaire inférieure. — *Os envahi. — Emploi du thermo-cautère. — Resection d'une moitié du maxillaire inférieur.* — N'attaquer tout d'abord que les parties molles situées en dehors de la bouche : 1° creuser tout autour de la tumeur à l'aide du thermo-cautère chauffé au rouge sombre un fossé de 3 ou 4 centimètres en certains points, afin d'éviter l'hémorrhagie intra-buccale pouvant donner lieu à des suffocations si redoutables que plusieurs auteurs allemands ont préconisé, dans de semblables opérations, la trachéotomie préventive ; 2° passer la scie à chaîne par un petit pertuis pratiqué sur le plancher de la bouche au niveau de la symphyse du menton et scier cette symphyse ; 3° faire porter le thermo-cautère sur la muqueuse ; — couper le tendon du temporal ou mieux, reséquer l'extrémité de l'apophyse coronoïde qui supporte cette insertion ; — luxer rapidement en dehors la moitié du maxillaire et l'arracher.

Le 1er temps est exécuté aussi lentement que l'on veut : les deux derniers doivent être rapides. — Au point de vue de l'hémostase,

cette méthode offre beaucoup de sécurité; le chloroforme est indispensable en raison de la longue durée de l'opération.

e. GRENOUILLETTE. — *Évacuation par la seringue aspiratrice. Injection iodée.* — Les récidives, à la suite de l'évacuation par le trocart et la canule ordinaires, sont assez fréquentes, parce qu'il reste toujours une petite quantité de liquide filant qui empêche la teinture d'iode d'agir sur tous les points de la paroi interne du kyste. L'évacuation à l'aide de la seringue aspiratrice est plus complète, l'action de la teinture d'iode est plus générale et plus sûre, la récidive est moins à craindre.

f. ADHÉRENCE DU VOILE DU PALAIS A LA PAROI POSTÉRIEURE DU PHARYNX. — *Incisions.* — *Drainage* en flûte de Pan de Chassaignac. — La tolérance anesthésique est impossible à obtenir en pareil cas : une sonde cannelée est introduite par un orifice existant ou pratiqué par le chirurgien, et on débride de chaque côté (1 centim.) et parallèlement à la paroi pharyngienne avec les petits bistouris coudés de la fistule vésico-vaginale. Dilatation de cette ouverture bucco-pharyngienne avec une pince à polype recourbée : on achève de rompre les adhérences et de libérer le voile avec les index recourbés et portés derrière ce voile.

Pour maintenir béante cette ouverture, M. Verneuil (1) emploie un petit système imité de ce que Chassaignac appelle le drainage en *flûte de Pan* : il prend 5 tubes à drainage assez résistants et de 6 millim. de diamètre ; les 3 médians ont 4 centimètres de long, les deux plus extérieurs 25 centimètres. Après les avoir juxtaposés de façon à ce que par leur réunion ils figurent un H dont les tubes les plus courts forment la branche horizontale, il les fixe par 2 fils distants de 3 centimètres, l'un supérieur, l'autre inférieur, lesquels traversent les tubes de part en part perpendiculairement à leur axe. La branche horizontale de l'H doit séjourner dans la plaie et empêcher la réunion des parties séparées. Quant aux longues branches de l'H formées par les tubes excentriques, elles sont disposées de la manière suivante : les deux inférieures, traversant la bouche, gagnent les commissures labiales et sont enfin fixées sur les joues : les deux supérieures, ramenées par les narines droite et gauche, sont réunies au-devant de la sous-cloison.

3° AFFECTIONS OSSEUSES ARTICULAIRES, ET PÉRI-ARTICULAIRES.

a. ÉPANCHEMENT SANGUIN DANS LA BOURSE PRÉ-ROTULIENNE. — *Repos, applications résolutives.* — Nous avons entendu bien des fois

(1) Verneuil, *Bull. de la Soc. de chir.*, 12 avril 1876.

M. Verneuil insister avec raison sur le danger qu'il y a à ouvrir les *poches sanguines* récentes qui ne sont pas arrivées à la période de suppuration.

Chez un homme entré dans le service et qui était tombé sur le genou, un épanchement sanguin se produisit dans la bourse prérotulienne et cela en quelques heures à peine. Inquiet de cette tuméfaction qui pourtant n'était accompagnée d'aucune douleur, le malade se fit lui-même avec la pointe d'un canif et au centre de la bosse une piqûre qui donna issue à un peu de sang, puis n'en continua pas moins à se livrer à son travail. Le lendemain, la douleur et le gonflement du genou le forçaient d'entrer à l'hôpital : une rougeur érythémateuse et angioleucitique se prolongeait sur la cuisse et la jambe avec œdème de tout le membre inférieur. Dans ce cas (et c'est la thérapeutique habituelle de ce chirurgien en pareille circonstance), le repos et les applications résolutives suffirent au bout de quelques jours à conjurer cette menace de phlegmon diffus.

b. PLAIE DU GENOU (PÉNÉTRANTE). — *Pansement ouaté.* — *En surveiller attentivement les effets.* — *Usage du thermomètre.* — M. Verneuil est partisan, dans ce cas, de tenter la conservation, si les délabrements ne sont pas considérables, et d'appliquer l'*appareil ouaté ;* mais il est nécessaire, indispensable, dès que le pansement est fait, de surveiller avec une attention minutieuse s'il ne survient aucun accident : si l'on voit apparaître un engorgement ganglionnaire au niveau de l'aine ; si le pouls s'élève un peu ainsi que la température, il faut enlever immédiatement cet appareil pour combattre les accidents inflammatoires dont le membre peut devenir le siége : car on n'est pas en droit de mettre l'apparition de ces symptômes seulement sur le compte d'une fièvre traumatique précoce.

c. ÉCRASEMENT DE LA MAIN. — *Expectation.* — *Irrigation continue.* — Fidèle à ce principe, qui est entré maintenant dans le domaine de la thérapeutique chirurgicale raisonnée, à savoir, que le praticien ne doit ni amputer les phalanges écrasées, ni régulariser ces plaies, M. Verneuil emploie l'*expectation* et l'*irrigation continue*.

L'appareil nécessaire pour établir ce mode de pansement consiste : en un réservoir d'eau situé à une certaine hauteur au-dessus du membre blessé, en un conduit destiné à diriger le filet d'eau, en un autre vase recevant l'eau qui a baigné les parties malades. L'appareil de Velpeau (fig. 96) (1) consiste dans un petit baquet

(1) Velpeau, *Nouveaux éléments de médecine opérat.*, 2e édition, t. I, p. 265. Paris, 1830.

au fond duquel se trouve ajusté un tube muni d'un robinet ; ce tube conduit l'eau dans un second tube horizontal muni de 5 ou 6 tuyaux de déversement. Aujourd'hui on emploie plus volontiers le *tube-siphon*.

C'est à Velpeau, mais surtout à Denonvilliers, que l'on doit d'avoir établi comme précepte, en pareil cas, de ne pas recourir à la

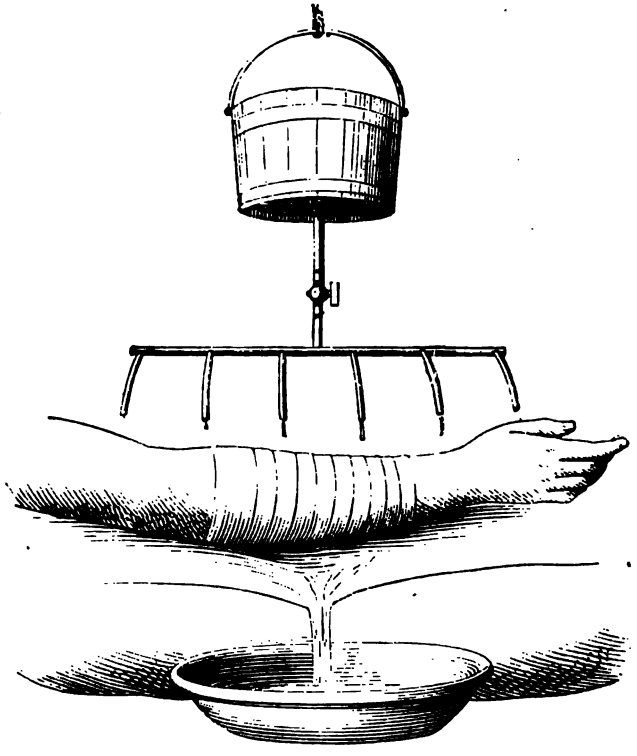


Fig. 96. — *Appareil à irrigations continues de Velpeau.*

chirurgie active employée par les Boyer, les Roux, les Lisfranc qui, sous prétexte de restaurer des plaies dont l'aspect n'est guère flatteur, il est vrai, leur substituaient des amputations faisant courir aux malades des dangers beaucoup plus sérieux que la lésion elle-même.

C'est là un fait acquis maintenant à la science, et tout chirurgien consciencieux ne doit plus s'écarter de cette règle de con-

duite : car, comme le dit très-judicieusement M. le Dr Bouglé dans les considérations intéressantes qu'il a émises sur les écrasements des doigts et des orteils (1), le reproche le plus grave qui puisse être adressé à la chirurgie active, en pareil cas, est de retrancher des portions de doigts qui, une fois conservées, rendent encore de grands services aux ouvriers qui sont souvent victimes de ces blessures.

Nous avons traité dans le service de M. B. Anger, que nous remplaçions en 1875 à l'hôpital Saint-Antoine, deux malades ayant eu des écrasements de la main, qui ont singulièrement bénéficié de cette thérapeutique conservatrice, car ils possédaient, après guérison, une pince didactyle, de cause traumatique, destinée à leur rendre pour leurs besoins journaliers des services incontestables.

S'il y a eu plaie à la face dorsale, et afin de perfectionner le plus possible cette pince naturelle et d'empêcher un ou plusieurs doigts de rester raides, ce qui ne manque pas d'arriver par suite de la rétraction cicatricielle ayant lieu au niveau du dos de la main, M. Verneuil a parfois recours à la chirurgie restauratrice : voici comment il agit : il prend tout ce qu'il peut trouver de peau sur les bords des métacarpiens et sur les phalanges, et transplante ce lambeau sur la plaie de la face dorsale de la main : il évite ainsi la raideur des doigts qui, légèrement attirés du coté de la face palmaire par la cicatrice produite par le chirurgien, répondent alors plus facilement à l'opposition du pouce.

Nous avons eu l'occasion de voir dans le service de ce chirurgien un malade dont les troisièmes phalanges de l'annulaire et du médius avaient été écrasées ; la guérison, obtenue également par l'expectation et l'irrigation continue, était complète ; mais, dans ce cas, un fait d'observation assez curieux était que chacune des cicatrices de l'extrémité digitale présentait un corps dur, une *substance cornée* qu'on aurait pu, par une analogie un peu complaisante, comparer à un ongle de nouvelle formation développé malgré l'absence totale de matrice et par le travail même de cicatrisation, fournissant une portion épidermique plus épaisse que dans les autres endroits. Cette production ne rappelait, du reste, en rien, l'aspect ni la configuration de l'ongle naturel.

d. Mal de Pott. — *Corset.* — *Traitement général.* — Des modifications thérapeutiques importantes tant au point de vue local que général ont permis, dans ces dernières années, d'obtenir chez les enfants et chez les jeunes personnes des guérisons radicales.

(1) Bouglé, Thèse inaug. Paris, 1863.

Le principe de thérapeutique qui régit toutes les autres affections articulaires, à savoir, l'*immobilisation*, est applicable à la colonne vertébrale tout aussi bien qu'au genou, à la hanche, etc.; aussi voit-on les orthopédistes arriver à de bons résultats (amélioration ou guérison) même dans les conditions les plus funestes et en apparence les plus défavorables.

Divers praticiens, M. Bergeron entre autres, condamnent au repos le plus absolu: M. Verneuil pense que cette manière d'agir est nuisible, car cette affection coïncide généralement avec la diathèse scrofuleuse; or chez les scrofuleux l'exercice est un point essentiel.

Le mieux est d'immobiliser le rachis par un *corset* ou plutôt une *cuirasse* de cuir de 7 millimètres d'épaisseur qui est fabriquée sur un moule que l'on a pris exactement sur l'enfant. Cette cuirasse est composée de deux pièces principales dont la postérieure va de la nuque au bord supérieur du sacrum, et dont l'antérieure mesure la distance comprise entre la fourchette sternale et la symphyse pubienne: ces deux plaques sont rattachées l'une à l'autre, comme dans la cuirasse des cuirassiers, par des *lacets* et sont rendues légères, autant que faire se peut, par l'*évidement*: leurs bords sont garnis par des renforts en acier.

La ceinture orthorachidique de Bigg (fig. 97), représentée et décrite par MM. Gaujot et Spillmann, est assez simple. Elle comprend

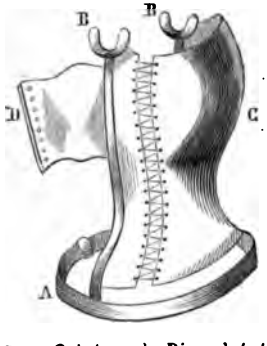


Fig. 97. — *Ceinture de Bigg, à tuteurs latéraux et à plastron de cuir moulé pour la déviation symptomatique du rachis.*

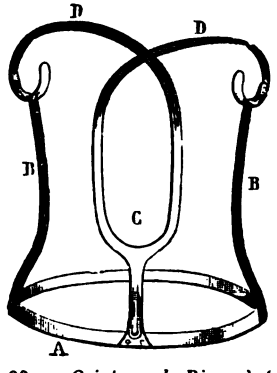


Fig. 98. — *Ceinture de Bigg, à tuteurs latéraux et à levier médian postérieur bifurqué, pour la déviation symptomatique du rachis.*

un cercle pelvien A servant de point d'appui à deux tuteurs latéraux B,B munis d'un système de rallonges et surmontés de crosse

sous-axillaires : à ces deux tuteurs destinés à soutenir le poids de la partie supérieure du corps est adapté, en arrière, un plastron *de cuir* moulé sur le dos C divisé latéralement par une fente susceptible d'être resserrée à volonté à l'aide d'un lacet et disposé de façon à servir de support à l'arc inférieur de la courbure sans appuyer sur la portion supérieure : une large bande transversale de coutil D lacée sur la face antérieure de la poitrine prévient le déplacement de l'appareil. Le second appareil (fig. 98) convient aux incurvations exemptes de douleur, non compliquées d'abcès et susceptibles par conséquent de supporter une pression modérée : il se compose d'un cercle pelvien A supportant deux tuteurs latéraux B,B munis de crosses sous-axillaires et d'un levier médian postérieur bifurqué C.

Ces appareils constituent un progrès énorme, mais ils ont le grave inconvénient d'être coûteux ; aussi pourrait-on leur substituer l'appareil lacé silicaté de M. Desprès (1). De plus, ils empêchent bien la flexion brusque, mais ils ne luttent pas d'une façon bien efficace contre l'affaiblissement des corps vertébraux.

Enfin M. Verneuil applique dans toute sa rigueur le traitement antiscrofuleux qui est *pharmaceutique*, *hygiénique* et comprend également le *régime*.

1° *Grand air*. L'habitation à Paris est insuffisante, sinon funeste. *Stations maritimes* pendant plusieurs années consécutives.

2° *Huile de foie de morue*, remplacée, si elle n'est pas supportée, par le vin de Collours ou de Bagnols, si chargé de tannin ; ou bien par 1 litre de vin additionné de 25 grammes de teinture d'iode, une cuillerée matin et soir. — Sirop de raifort iodé — sirop iodure de fer. — Il considère le phosphate de chaux comme une médication de premier ordre dans l'enfance chétive des scrofuleux dont il semble favoriser le développement : *phosphate de chaux tribasique*, 2 grammes par jour, poudre inerte que l'on fait prendre dans la soupe au lait.

3° *Aliments reconstituants*. Il prescrit également pour les enfants scrofuleux, mais nous lui laissons l'entière responsabilité de cette opinion, une cuillerée à dessert de *rhum* ou *d'eau-de-vie*.

e. COXALGIE. — *Appareil inamovible*. — *Maillot, attelles en fer, bandes dextrinées*. — Dans la construction de l'appareil qu'il applique à cette affection articulaire, ce chirurgien n'apporte aucun principe nouveau : immobilisation, après avoir corrigé les attitudes vicieuses, tels sont les deux points sur lesquels il repose. Au dire de M. Verneuil lui-même (2), ce bandage diffère à peine de celui

(1) Voir le service de M. le Dr Desprès.
(2) E. Philipeaux, *Traité de thérapeut. de la coxalgie*. Paris, 1867.

de Bonnet: il ne s'en distingue que par quelques améliorations qui le rendent plus solide, plus facile à supporter, un peu plus élégant et surtout beaucoup plus durable. Il regarde comme un grand avantage de pouvoir garder en place, pendant plusieurs mois, une demi-année et même une année entière un bandage qui remplit bien les conditions. Voici les pièces dont il se compose:

1° Maillot garni d'ouate;

2° Attelles en fil de fer;

3° Bandes sèches et dextrinées.

Maillot. — Pièce essentielle: caleçon de tricot en coton absolument collant, comme celui des acrobates, et fermé partout: il descend jusqu'à la cheville et remonte sur la poitrine jusqu'aux mamelons: il n'enveloppe pas le pied, mais il maintient le genou immobile, c'est là un point capital. Ce maillot est garni extérieurement par une épaisse couche d'ouate fixée par des points de fil comme une douillette ouatée et qui, séparée du corps par le maillot, n'irrite pas la peau, ne se pénètre pas de sueur et ne se salit pas aussi vite.

Attelles. — Servent de soutien aux bandes solidifiables, de squelette intérieur, en fournissant une solidité, une résistance très-grande sans augmenter beaucoup le poids. Ces attelles sont en *fil de fer*, leur longueur et leur largeur sont proportionnées à l'âge du sujet: attelle externe courbée légèrement au niveau du grand trochanter et dont l'extrémité supérieure est fixée à une 2e attelle de même nature disposée en cercle; on peut leur substituer l'attelle en T dont la branche verticale descend le long du membre et dont l'horizontale se courbe facilement pour se mouler sur le tronc. Une 3e attelle soit antérieure, soit postérieure, est attachée supérieurement à l'attelle horizontale en ceinture.

Fig. 99. — *Appareil de Mathieu applicable pendant la nuit, pour le traitement de la coxalgie.*

Enfin on applique les *bandes sèches*, puis les *bandes dextrinées*.

M. Verneuil a également employé et avec un bon résultat l'appareil de Mathieu (fig. 99) disposé pour exécuter l'extension sans imposer une immobilité absolue. — Il est plus particulièrement applicable dans la dernière période de la coxalgie et *pendant la nuit* et convient surtout à la fin du traitement. — *Cet appareil contentif de nuit* se compose de deux gaînes de cuir B et C renforcées par des

bandes d'acier et destinées à embrasser l'une B la moitié supérieure de la *cuisse saine*, l'autre C la moitié inférieure de la *cuisse du côté affecté ;* les deux gaines sont assujetties au moyen de trois courroies bouclées. Il est léger, peu embarrassant et d'une application facile.

Selon ce chirurgien, la cause unique de l'allongement ou du raccourcissement apparent (1) serait due au mouvement de bascule du bassin qui s'opérerait sous l'influence de la contracture du carré des lombes et du muscle rachidien. C'est ainsi que, suivant que cette contracture siége du même côté que la coxalgie ou du côté opposé, on a un allongement ou un raccourcissement. — L'explication n'est pas nouvelle, mais elle a été mieux précisée par M. Verneuil. Pour corriger cette déformation, il appuie le genou sur le côté opposé à la contracture, et par des manipulations graduées en saisissant le malade par les épaules et par le bassin, il fait peu à peu disparaître cette espèce d'ensellure latérale et par cela même la contracture.

f. DÉVIATIONS RACHITIQUES DES MEMBRES INFÉRIEURS. — *Traitement maritime, redressement mécanique. — Ostéotomie.* — L'ostéotomie, telle qu'on la fait maintenant, non plus avec la scie de Langenbeck, mais par cassure de l'os au niveau où a porté le ciseau, n'est pas repoussée complétement par M. Verneuil, mais il en combat l'abus. — Il essaie d'abord du traitement maritime, puis du redressement avec les mains et avec les appareils : il va même plus loin ; en supposant que ces moyens échouent, ce n'est pas une raison pour qu'il pratique l'ostéotomie quand même : si la difformité n'est pas trop gênante et si elle ne détermine pas d'accidents, il se garde de toute intervention opératoire et ne consent (2) à y porter le ciseau que lorsque se trouvent réunies les deux conditions suivantes : incurabilité par les moyens ordinaires, accidents sérieux.

g. RESECTION DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR. — *N'intéresser la muqueuse que dans le dernier temps.* — Pour prévenir l'introduction du sang dans les voies digestives et respiratoires, ce qui n'est pas sans un inconvénient immédiat ou consécutif, ce chirurgien a exposé (3) un procédé applicable aux resections du maxillaire inférieur et du maxillaire supérieur. Il commence, à l'aide d'une incision courbe (instrument tranchant ou thermo-cautère) extérieure, par contourner le maxillaire inférieur (4) d'un masséter à l'autre : dissection en haut jusqu'à la muqueuse *exclusivement* et de même en bas. Une fois les deux

(1) Verneuil, *Assoc. française*, 2e session, 1873.
(2) Id., *Bull. de la Soc. chir.*, 23 février 1875.
(3) Id., *ibid.*, juillet 1873.
(4) Voyez page 157.

angles maxillaires mis à nu, on perfore la muqueuse avec une sonde cannelée à chaque angle pour passer la scie à chaîne conduite à l'aide d'un stylet aiguillé et la resection s'effectue sans difficulté. Pour le maxillaire supérieur on conserve la voûte du palais pour le dernier temps de l'opération.

h. ANKYLOSE COXO-FÉMORALE. — *Rupture de l'ankylose ou fracture chirurgicale du col.* — Pour ce chirurgien les résultats que peuvent donner soit la rupture des brides fibreuses, soit la fracture de l'os lui-même, sont parfois excellents et ne doivent pas effrayer. Ces fractures, loin d'être préjudiciables aux malades, se réparent très-bien. Il a produit soit la fracture du col du fémur, soit celle de l'olécrâne pour des ankyloses de la hanche et du coude (1), et non-seulement il n'a pas eu lieu de regretter ces manœuvres, mais il a pu rendre grand service aux malades chez lesquels, quand on les soumet à ces sortes de redressement, il faut toujours prévoir une fracture, car le squelette dans ce cas a sa solidité bien compromise.

4° AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX.

a. PARALYSIE TRAUMATIQUE DU NERF RADIAL. — *Veiller, autant que possible, à la conservation de l'intégrité de l'élément musculaire.* — Dans le cas où une paralysie traumatique de ce nerf, avec conservation de la sensibilité cependant, a donné lieu, au bout d'un certain temps, à une absence totale de contraction musculaire par l'application des électrodes, le chirurgien ne doit pas se décourager et ne se lasser de l'emploi de l'électricité qu'au bout d'un laps de temps considérable: d'autre part, se fondant sur ce que l'insensibilité est intacte et que le radial est mixte, ne peut-on espérer admettre, même à la rigueur, qu'un nerf dont les fibres motrices ont perdu toute action, mais dont les fibres sensibles fonctionnent encore très-bien, n'a pas été détruit en totalité et reprendra tôt ou tard son rôle de conducteur du principe du mouvement?

A cette hypothèse, M. Verneuil répond, oui, mais seulement quand on a affaire à un nerf du volume du sciatique: dans certains cas de lésion de ce tronc nerveux, dit-il, bien que les muscles correspondants des membres inférieurs soient paralysés, si le pied a conservé sa sensibilité, on est en droit de dire que la section du nerf n'a pas été complète.

Mais quand il s'agit de l'avant-bras, il en est tout autrement:

(1) Gillette, *Clinique chirurgicale des hôpitaux de Paris*, p. 256. Paris, 1877.

. Paulet (1) et MM. Arloing et L. Tripier par leurs expériences ir le chien et le chat (2), ont démontré d'une manière péremptoire ne les nerfs du membre supérieur peuvent se suppléer réciproque- ient et que la conservation de la sensibilité des points où se distri- uent les filets du radial, par exemple, n'implique pas nécessaire- ient l'*intégrité*, du moins partielle, du tronc nerveux lui-même.

Nous osons même aller, dans cette assertion, plus loin que le rofesseur de la Pitié, en disant qu'à la suite d'une lésion du nerf ciatique lui-même, la persistance de la sensibilité du membre in- érieur n'est pas un signe suffisant pour laisser supposer toujours ne section incomplète du tronc nerveux. Liégeois (3), en effet, ur un chien auquel il avait coupé le nerf sciatique très-haut, et auquel la sensibilité s'était rétablie d'une façon parfaite, constata encore au bout d'un mois, à l'autopsie, un *écartement* de 5 à 6 *centi- mètres* entre les deux bouts du nerf.

Dans l'attente bien problématiqne d'une régénération nerveuse, le chirurgien ne doit pas toutefois se borner à un rôle passif. Une indication importante se présente à lui, à savoir : *Veiller à la con- servation de l'intégrité de l'élément musculaire*, or, il remplira ce but à l'aide des deux moyens suivants :

1° Par une *attitude* convenable du membre empêchant les mus- cles extenseurs et supinateurs d'être sans cesse fatigués et tiraillés par la prédominance d'action des fléchisseurs et des pronateurs. La position doit avoir ici un rôle important, car on sait, par exemple, que si un muscle sain et animé par un nerf sain est soumis à une distension prolongée, il s'altère et cesse de jouir de ses fonctions.

2° Par l'*excitation* et la *contraction musculaire artificielle* à l'aide de la faradisation. Nous savons, en effet, combien un muscle privé d'excitation depuis longtemps est sujet à l'atrophie, même s'il est en communication avec ses nerfs, et, d'autre part, l'expérience nous apprend en physiologie qu'un muscle, séparé de son nerf moteur, peut conserver sa contractilité très-longtemps et même indéfiniment, si on prend soin, à l'aide d'une pile électrique, de ne pas le laisser manquer d'une excitation fréquemment répétée.

Si ce double traitement mécanique, d'une part, physiologique de l'autre, échoue et que le laps de temps écoulé depuis l'accident ne

(1) Paulet, *Études sur les suites immédiates ou éloignées des lésions traumatiques des nerfs. Mémoire présenté à la Soc. de chir.* (*Union méd.*, mars 1868).

(2) Arloing et Tripier, *Recherches sur la sensibilité des téguments et des nerfs de la main* (*Arch. de physiologie*, 1869).

(3) Liégeois, *Bull. Soc. chir.*, 1869, p. 108.

laisse plus d'espoir pour la possibilité d'une régénération nerveuse, il ne restera plus au malade que la ressource d'un appareil prothétique élastique placé sur la face dorsale de l'avant-bras et de la main qui remplacera l'inertie des muscles correspondant à cette

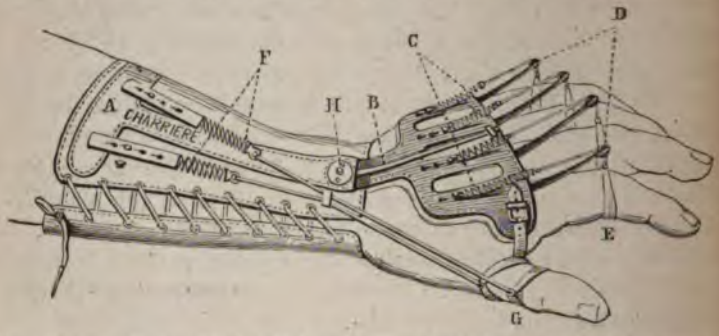


Fig. 100. — *Appareil de Delacroix pour remédier à la paralysie des extenseurs de la main, nouveau modèle.*

A, lame métallique, fixée à la partie postérieure d'une manchette; — B, plaque métallique articulée en H avec la lame métallique A, de manière à ne permettre que les mouvements latéraux de la main, à laquelle elle se fixe au moyen d'une courroie qui embrasse la paume de la main lorsque les extenseurs de la main sont paralysés; si ces muscles ont conservé leurs mouvements, une articulation fixée en B permet la flexion et l'extension volontaires. De l'extrémité de la plaque B partent des tiges rigides qui s'étendent jusqu'à l'extrémité inférieure des premières phalanges en se relevant un peu. — A l'extrémité de ces tiges sont de petites poulies D, sur lesquelles glissent des cordes fixées d'une part à des anneaux E qui embrassent l'extrémité des premières phalanges, et de l'autre à des ressorts C attachés à des boutons de la plaque dorsale de la main. Aux anneaux G qui embrasssent le pouce s'attachent des muscles artificiels destinés à remplacer les extenseurs du pouce, dont les ressorts F se fixent à la lame métallique de l'avant-bras. Il suffit de cette description pour faire comprendre le mécanisme et les avantages de cet appareil.

région, permettant à la main de se relever en extension et par conséquent favorisant le jeu des muscles fléchisseurs et par suite la préhension des objets. On pourra à cet effet se servir d'un des appareils construits si ingénieusement (1) par Duchenne (de Boulogne), fig. 100, 101, 102, dont les ressorts spiraux ou en caoutchouc suppléent aux muscles.

b. TÉTANOS TRAUMATIQUE. — *Emploi de l'hydrate de chloral à l'intérieur.* — Les faits de tétanos guéris par l'administration du chloral sont aujourd'hui assez nombreux. D'autre part, on sait par expérience que le tétanos à forme chronique est surtout celui qui, spontanément ou par l'emploi de préparations pharmaceutiques si diverses, a donné des résultats favorables : aussi des chirurgiens se fondent-ils sur cette dernière considération pour affirmer que

(1) Duchenne (de Boulogne), *De l'électrisation localisée et de son application à la pathologie et à la thérapeutique.* 3e édition. Paris, 1872.

tous les cas de tétanos guéris par le chloral, se seraient très-probablement terminés heureusement, si on n'avait pas fait usage de ce médicament.

C'est là un argument que M. Verneuil repousse avec raison de toutes ses forces, et il conseille le plus tôt possible l'emploi du chloral à l'intérieur, surtout par la bouche, car, administré par la voie rectale, il est légèrement irritant et peut être caustique : s'il arrive, en ce cas, à formuler de bonne heure le diagnostic, il prescrit le chloral immédiatement (de 2 à 6 grammes par jour), persuadé qu'il peut modifier la marche de la maladie et métamorphoser, d'une façon active, la forme aiguë en forme chronique. C'est une sage pratique sur laquelle nous ne saurions trop insister.

Sans affirmer que le tétanos à forme sur-aiguë soit incurable, sans nous préoccuper si la forme chronique est la seule qui soit susceptible de guérir, ou s'il est vrai que cette grave affection guérisse toute seule, nous croyons qu'il est du devoir de tout chirurgien consciencieux d'agir dès le début de la névrose, et qu'on serait coupable de ne rien tenter contre elle, sous prétexte que le tétanos assumera la forme chronique et guérira sans intervention.

Peu nous importe, au point de vue de la thérapeutique, le diagnostic de la marche de l'affection : il faut la traiter

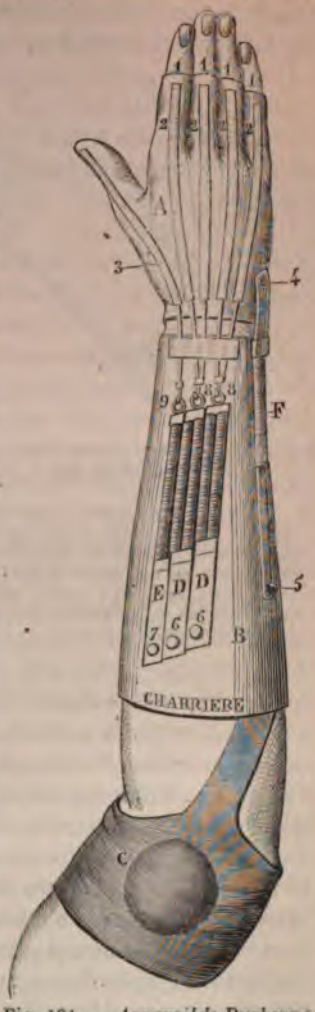


Fig. 101. — *Appareil de Duchenne (de Boulogne), pour suppléer par des ressorts spiraux ou en caoutchouc aux muscles paralysés.*

Cet appareil est composé d'un gant ordinaire A, dont les bouts des doigts sont coupés (1,1,1,1), fait sur le malade, et sur lequel sont cousues des gaînes (2,2,2,2 et 3), en peau imitant les gaînes tendineuses, et dans lesquelles passent des cordes en boyau ou tendons qui viennent s'accrocher à des ressorts en boudin cousus solidement après le manchon B en cuir, moulé sur l'avant-bras du malade. L'embrasse C du bras est réunie au manchon B et sert de point d'appui au ressort à boudin F, nos 4 et 5, ainsi qu'aux autres nos 6, 6 et 7, 8 et 9, les doigts sont ainsi maintenus dans une extension continue et élastique.

le plus près possible du commencement des accidents, dès qu'on voit apparaître certains phénomènes précurseurs, tels que frémissements et contractions passagères du mollet; or, à cet égard, nous devons

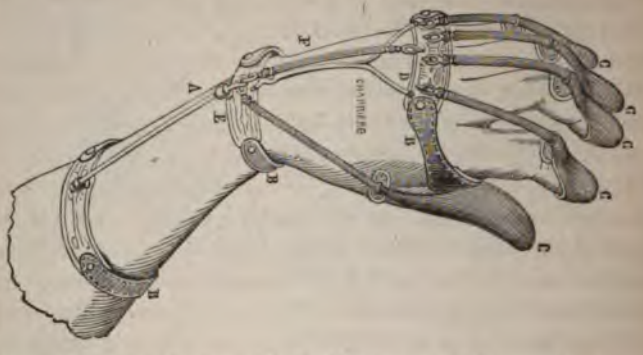


Fig. 102. — *Appareil de Duchenne (de Boulogne), composé de ressorts en caoutchouc et partie en métal, pour suppléer aux muscles paralysés.*

A,A, embrasses métalliques garnies de peau, appliquées l'une au poignet, l'autre à la partie moyenne de l'avant-bras. B,B,B, agrafes à charnière pour fixer l'appareil. C,C,C,C,C, calottes en caoutchouc en forme de dé, se terminant par des tubes en caoutchouc sur lesquels sont fixés des anneaux que l'on attache à des boutons placés sur la plaque dorsale D. La calotte du pouce isolée des quatre autres, vient s'attacher à l'embrasse E du poignet. F, tube en caoutchouc qui va se fixer à la plaque D d'un bout, pour tendre la main en l'accrochant de l'autre bout à l'embrasse E.

reconnaître que le chloral (injection stomacale) a rendu de grands services. Comme il a réussi, dans une série de faits nombreux, sans causer lui-même d'accident, nous sommes par cela même autorisé à l'essayer comme un des moyens les plus efficaces à calmer les spasmes, sans le regarder toutefois comme le médicament spécifique du tétanos, car, quelle que soit la dose à laquelle il ait été administré (de 8 à 30 grammes par jour), il se comporte comme tous les agents anesthésiques, c'est-à-dire, qu'il n'agit pas sur la contracture de tous les muscles et surtout sur celle des muscles de l'appareil respiratoire (dépendance du bulbe) qui, arrivant à la période ultime du tétanos, détermine l'asphyxie chez le malade.

C'est presque toujours à des doses élevées, quelquefois fort considérables, que ce médicament a été administré. Ainsi le Dr Corillos, de Patras, en Grèce (1), a publié un cas de cette nature et en relate encore deux cas semblables, l'un dû à sa pratique personnelle, et l'autre qui a été traité par le Dr Basilin.

(1) Corillos, *The lancet*, 4 avril 1874, et *Allgem. Wiener med. Zeit.*, n° 2, 1873.

Ce dernier exemple est relatif à une femme de 40 ans qui s'était fait une blessure au doigt avec une écharde qu'elle avait extraite elle-même. Ce fut près d'un mois après l'accident que survint le tétanos ; en 24 heures elle n'avait pas eu moins de 10 accès complets. Le 16e jour, après la première attaque, la malade retira de la blessure un petit fragment de l'écharde du volume d'un pois qui avait été oublié ; l'usage des narcotiques ayant échoué, on administra le chloral avec un plein succès. La malade en prit 105 grammes en 20 jours.

Dans l'exemple du Dr Corillos, un homme d'une quarantaine d'années avait été blessé à la tempe gauche par l'extrémité pointue d'un roseau ; le tétanos survint, et encore ici une portion du corps étranger ne fut enlevée que douze jours après l'accident. On le mit d'abord à la dose de 15 grains (0,75 centigrammes) de chloral, ce qui amena déjà une amélioration sensible. Mais, le tétanos revenant avec une nouvelle force, on éleva la dose jusqu'à 120 grammes (6 gr. par jour). Le malade recouvra entièrement la santé. Il avait pris en 30 jours 6 onces (180 gr.) de chloral.

Un jeune paysan (1) qui guérit au bout d'un mois, en consomma 240 grammes sans le moindre accident.

Depuis longtemps M. Verneuil insiste sur ce fait que le trismus, qui est généralement considéré comme étant le phénomène initial du tétanos est, dans bon nombre de faits, précédé par un groupe de symptômes qui doivent mettre le chirurgien en éveil. Dans un rapport sur les mémoires de MM. Bourdy (du Mans) et Blain (d'Épernay) relatifs à quelques cas de tétanos traités par le chloral associé à la morphine (2), M. Verneuil a dit qu'appelé plusieurs fois, pendant le siége de Paris, auprès de tétaniques qu'on lui disait atteints depuis quelques heures seulement, il a pu constater, par un interrogatoire attentif, que déjà la veille ou l'avant-veille le membre blessé avait été envahi par des douleurs fulgurantes et pris de secousses convulsives passagères ou de spasmes musculaires à marche centripète. C'est grâce à de semblables prodromes, qu'il y a tant d'intérêt à savoir bien interpréter, qu'on peut, par l'administration du chloral immédiatement mise en pratique, espérer conjurer ces accidents formidables. Ce professeur a rappelé à la Société de chirurgie cinq cas de guérison qu'il avait obtenus de cette façon, et il a communiqué en même temps deux observations rédigées par M. Riche-

(1) *Dict. ann.*, 1873.
(2) Verneuil, *Bull. de la Soc. chir.*, 1875.

lot fils (1), et qui ont trait à deux cas de tétanos guéris, l'un au bout de 22 jours (6 gr. de chloral par jour), l'autre au bout d'un mois 10 gr. par jour) : de plus il a ajouté une troisième observation recueillie chez un malade de M. Lasègue (guérison en trente-six heures, 12 gr. de chloral) qu'il a seulement intitulée : Convulsions tétaniformes. Ce chirurgien est très-réservé sur l'usage du chloral en *injections intra-veineuses*.

5° AFFECTIONS KYSTIQUES.

KYSTE HYDATIQUE DU FOIE. — *Ponction. — Sonde molle à demeure. — Désinfection permanente.* — M. Verneuil ne considère pas la ponction avec la seringue aspiratrice comme méthode curative.

Nous partageons entièrement cette opinion. Plusieurs chirurgiens pensent cependant que cette ponction peut suffire à la guérison radicale, parce qu'une fois le liquide évacué, les hydatides meurent, se ratatinent et sont inoffensives; c'est là une assertion à laquelle nous ne saurions nous rallier complétement. Après la sortie du liquide, les hydatides, mortes il est vrai, constituent de véritables corps étrangers qui, s'ils ne suppurent pas eux-mêmes, peuvent irriter au moins la paroi et la faire suppurer. Nous en avons vu un exemple à l'hôpital Beaujon, et cela après une simple ponction capillaire dans un kyste de cette nature : il en existe d'autres faits dans la science.

Dans les diverses méthodes thérapeutiques applicables aux kystes hydatiques du foie, le premier danger qu'il y a à craindre est la chute dans la cavité péritonéale d'un liquide qui pourtant, examiné à l'œil nu et au point de vue chimique, est loin de laisser soupçonner autant de nocuité ; si cet épanchement a lieu, une péritonite très-aiguë s'ensuit et la mort survient en quelques heures. Aussi a-t-on cherché, pour diminuer les chances de ce terrible accident, à créer des points de contact entre la poche et la paroi abdominale, c'est-à-dire à provoquer des adhérences entre le péritoine hépatique et la séreuse pariétale.

Les uns, comme Récamier, appliquent des caustiques successivement au point le plus culminant de la poche. M. Verneuil ne considère pas cette méthode comme *le plus souvent suivie de mort* ainsi que le fait a été avancé avec un peu d'exagération dans un

(1) G. Richelot, *Pathogénie, marche, terminaisons du tétanos*, thèse d'agrégation Paris, 1875.

journal de médecine; cependant ce n'est pas là son procédé de prédilection. Les autres, Bégin par exemple, après avoir incisé la paroi abdominale, employaient encore les caustiques appliqués jusqu'à ce qu'on fût arrivé au péritoine, puis ils laissaient la plaie s'enflammer et les adhérences s'établir entre les séreuses pariétale et viscérale. D'autres enfin, après l'incision abdominale, espéraient une sorte de hernie du kyste qui, en se dénudant, venait se souder aux bords de la solution de continuité.

Ce ne sont pas encore ces deux méthodes que M. Verneuil met en usage, car elles comptent plus de revers que de succès.

Quelles sont donc les exigences du problème à résoudre dans le traitement des kystes du foie?

1° Il faut de toute nécessité que le kyste vienne déverser son produit à l'extérieur, et non dans la cavité péritonéale;

2° Il faut favoriser l'issue au dehors non-seulement du liquide, mais encore des productions solides (hydatides) de la poche : il est donc indispensable d'avoir une ouverture assez grande et permanente;

3° Et surtout, comme élément fondamental de thérapeutique, il faut combattre ou prévenir la putréfaction des liquides renfermés dans la poche. Selon M. Verneuil, cette *désinfection* doit être en quelque sorte *permanente*, car à cause des échanges des gaz abdominaux, par endosmose, ces poches deviennent le siége d'une putridité incessante même sans pénétration de l'air extérieur. Comment répondre à chacune de ces exigences?

M. Verneuil commence par *ponctionner* la partie la plus proéminente du kyste à l'aide d'un gros trocart armé de sa canule, et, séance tenante, il introduit par cette dernière une *grosse sonde* en caoutchouc molle et malléable (de la variété qu'on emploie pour le cathétérisme dans certaines affections prostatiques et vésicales). Bientôt des adhérences s'établissent entre le péritoine pariétal et la séreuse viscérale, et l'écoulement étant continu et permanent, il n'y a point de rétention dans l'intérieur de la poche d'où les hydatides peuvent s'éliminer facilement. Dès les premiers jours, il procède à des injections (phéniquées et alcooliques), qu'il répète avec persévérance jusqu'à ce qu'il juge que les parois se sont assez ratatinées sur elles-mêmes, pour espérer une cicatrisation prochaine.

Nous lui avons vu opérer à la Pitié une jeune femme qui est complétement guérie et chez laquelle une éruption d'urticaire s'était manifestée immédiatement après la ponction, comme on l'a ob-

servé depuis, pour plusieurs malades ; une thèse récente a appelé l'attention sur cet épiphénomène (1).

6° AFFECTIONS MUSCULAIRES.

Coup de fouet. — *Repos, immobilité absolue.* — Dans la séance du 23 août 1876 M. Verneuil a fait, à l'Association française pour l'avancement des sciences (Clermont-Ferrand) une communication sur *certaines formes graves du coup de fouet*, maladie caractérisée par une douleur subite et très-violente survenue dans le mollet à la suite d'une contraction musculaire de cette région du corps (rupture musculaire de Sédillot). Il résulte de cette communication que le coup de fouet n'est pas toujours un accident sans importance : il cite entre autres deux exemples dans lesquels l'un des malades fut emporté par une embolie consécutive à la phlébite déterminée par le coup de fouet, et l'autre par une infection purulente mortelle : ces accidents sont surtout à craindre chez les variqueux et on doit en ce cas prendre les plus grandes précautions : repos et immobilité complète pendant plusieurs jours jusqu'à ce que la phlébite soit conjurée ou guérie si elle se manifeste. — M. Verneuil adopte à l'égard du coup de fouet une pathogénie nouvelle qui cependant n'a pas reçu sa confirmation dans tous les cas qu'on a observés : il croit à la déchirure des veines variqueuses volumineuses qui traversent les muscles du mollet : au moment d'un effort, dit-il, elles se rompent : de là, douleur subite, ecchymose, phlébite et tous les accidents qui peuvent en découler.

7° PLAIES, HERPÈS, ÉRYSIPÈLE, ICTÈRE TRAUMATIQUE, ULCÈRES.

a. Plaies d'amputation (influences diathésiques). — *Emploi de la suture à points passés. — Bouton de chemise.* — D'une façon générale M. Verneuil est peu partisan des tentatives de réunion par première intention. Il est des cas cependant où il ne néglige pas de se mettre dans les meilleures conditions pour l'obtenir. Suture profonde enchevillée et suture superficielle, tel est le moyen ordinaire employé par les chirurgiens : toutefois (2) cette suture enchevillée a un inconvénient qui consiste en ce que le corps rigide qui fait office de

(1) Dieulafoy, *De l'apparition de l'urticaire après la ponction des kystes hydatiques du foie.* Communic. à la Société de médecine de Paris, séance du 26 mai 1877.

(2) Verneuil, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, mars 1876.

cheville (fragment de sonde en gomme) comprime les tissus sur une grande étendue, gêne la circulation dans les lambeaux et, s'il y a un peu de gonflement, peut amener un véritable étranglement. M. Verneuil, pour éviter cet inconvénient, emploie la suture à points passés, mais se sert d'un expédient très-simple pour arrêter le fil, applicable du reste dans bien des cas : il consiste à le passer dans un *bouton de chemise* qui vient s'appliquer sur les lambeaux dont il ne comprime qu'une partie très-limitée et à arrêter le fil au-dessus du bouton au moyen d'un grain de plomb qu'on écrase sur lui. Ce mode de suture n'amène aucun accident de compression et a l'avantage de s'enlever très-facilement.

Pansement ouaté.— Ce chirurgien, qui emploie souvent dans son service le pansement de M. A. Guérin (1), ne croit pas comme lui qu'il agisse efficacement en filtrant l'air et en interceptant le passage aux germes infectieux de l'atmosphère. Il pense qu'il doit ses bons effets à l'élévation et à l'uniformité (2) de la température de la plaie. Il insiste aussi sur un fait capital, à savoir, surveiller les malades et bien voir à l'aide du thermomètre si leur température ne s'élève pas ; sans cette précaution, il peut arriver des accidents très-graves.

Depuis quelques années, M. Verneuil s'est particulièrement occupé de l'influence des diathèses (scrofule, syphilis, rhumatism, diabète, alcoolisme, scorbut, albuminurie, etc.) sur la marche, l'évolution des affections chirurgicales et sur les troubles qu'elles apportent dans la cicatrisation des plaies accidentelles ou d'amputation (3). Réciproquement, il a envisagé les lésions traumatiques comme pouvant être la cause du réveil des diathèses et le motif de leur détermination locale (4).

Chez les *alcoolisés*, ces tissus ont une grande tendance à être frappés d'inflammations nécrosiques à la suite du moindre traumatisme soumis à la chloroformisation, ils sont aussi frappés fréquemment de congestion pulmonaire. Ce sont là, selon ce professeur, des accidents graves qui doivent mettre en question la moindre opération chirurgicale et faire rejeter l'emploi du chloroforme ; du reste, dans

(1) Voir le service de M. le Dr A. Guérin.

(2) Verneuil, *Gaz. hebdomad.*, n° 35, 1872.

(3) Deriaud, *Influence réciproque de l'impaludisme et du traumatisme*, th. inaug., Paris, 1868. — Peronne, *De l'alcoolisme aigu et chronique*, th. inaug., 1870. — H. Petit, *Rapport entre le traumatisme et la syphilis*, th. inaug. 1874. — Sir James Paget, *Dangers des opérations chez les diathésiques*, leçons cliniques (*The Lancet*, 1867).

(4) Verneuil, *Revue mensuelle de méd. et de chir.*, n° 1, janvier 1877.

ces cas *une petite quantité d'opium suffit pour obtenir l'insensibilité.*

M. Longuet (1) vient de démontrer l'influence considérable des affections chroniques du foie sur la marche des traumatismes : d'une part, à la suite de traumatismes insignifiants, complications très-graves, constatation de lésions hépatiques : réciproquement, les traumatismes peuvent aussi déterminer l'apparition de manifestations du côté du foie : ictère, coliques hépatiques, etc. Si la lésion traumatique est de longue durée et si elle s'accompagne d'une suppuration prolongée, dégénérescences graisseuses du foie et des reins. Les maladies chroniques de la rate jouent aussi un rôle très-manifeste dans la marche des traumatismes (2). Quant à l'influence des lésions du rein sur les traumatismes et réciproquement, elle est depuis longtemps connue et admise de tous les chirurgiens surtout en ce qui concerne les maladies des voies urinaires : il est fréquent de voir éclater des érysipèles qui s'étendent avec rapidité et causent la mort de l'opéré (3). Il faut donc, comme le dit M. Duret, pour mettre toutes les chances de son côté après un traumatisme, non-seulement un milieu favorable et un traitement rationnel, mais encore un sujet sain.

Tout récemment encore (février 1877) ce professeur a fait une communication à l'Académie de médecine sur l'*influence des maladies du cœur sur le traumatisme.* Il a eu l'occasion d'observer dans un court espace de temps deux blessés chez lesquels existait une affection organique du cœur; or chez tous les deux la blessure a non-seulement offert une gravité notable due au développement d'accidents locaux particuliers, mais encore, réagissant à son tour sur la cardiopathie, elle en a singulièrement hâté et aggravé la marche, au point de faire apparaître les symptômes ultimes. Les *conclusions* suivantes, qui nous semblent un peu trop hâtives, car elles ne reposent, somme toute, que sur deux faits, ont été posées par M. Verneuil :

1° Les affections cardiaques préexistantes paraissent capables de retarder ou d'empêcher la guérison de certaines blessures, et suscitent des accidents locaux parmi lesquels figurent des hémorrhagies et des inflammations diffuses ;

2° Les blessures, par ces mêmes accidents locaux et par leurs

(1) Longuet, *De l'influence des maladies du foie sur la marche des traumatismes*, th. inaug. Paris, 1877.

(2) Deriaud, thèse inaug. Paris, 1868. — Tremblay, th. inaug. 1876.

(3) M. Revouy, *Des relations de l'érysipèle avec les affections rénales*, th. inaug. Paris, 1876.

onséquences, sont susceptibles de réagir sur les affections cardia-ques antérieures, de façon à les aggraver et à provoquer prématu-rément des symptômes qui n'appartiennent, en général, qu'à leur période ultime.

L'influence de la *grossesse* (1) sur les traumatismes et réciproque-ment celle des traumatismes sur la gestation sont deux points de chirurgie qui ont attiré et attirent fréquemment l'attention des chi-rurgiens. Dès 1872 (2), un élève de M. Verneuil soutenait, sur ce sujet intéressant, une thèse qui n'était que l'écho accentué des opinions de ce professeur. Selon lui, la gangrène serait une fré-quente complication des plaies ayant lieu pendant l'état puerpéral. Cette crainte doit faire reculer la suture du périnée (dans les déchi-rures) jusqu'au quatrième ou cinquième mois et peut-être à une époque plus éloignée, comme il en a émis l'opinion plus récemment encore à la Société de chirurgie (3).

b. HÉMOSTASE PAR LA FORCIPRESSURE. — M. Verneuil est un des chi-rurgiens qui ont fortement attiré l'attention sur les moyens capables d'arrêter provisoirement et même d'une façon définitive l'hémor-rhagie dans certains cas difficiles et graves où il est impossible d'ap-pliquer la ligature ou de faire la torsion, et cela *par le séjour prolongé dans la plaie* d'une pince (à mors variant de forme) avec laquelle on saisit le vaisseau d'une façon médiate, c'est-à-dire comprimant les tissus qui l'entourent. Il a donné à ce procédé le nom de *forci-pressure* (*forceps*, pince, tenaille).

La forcipressure ou plutôt la *forcipression*, qui agit absolument comme le feraient les doigts, est une méthode de nécessité dont on retrouve du reste l'indication dans les ouvrages anciens, que nous avons vu employer, depuis quelques années, par bien des chirur-giens, et, entre autres, par M. Péan, à l'hôpital Saint-Louis, et qui nous paraît, comme le dit M. Verneuil, bien digne d'être vulgarisée. Elle peut surtout rendre de grands services dans le cours de grandes opérations où il faut agir rapidement et où l'application de plusieurs pinces hémostatiques est évidemment plus rapide et aussi sûre que l'emploi de la ligature; elle permet d'achever l'opération sans être arrêté à chaque instant par l'obligation où l'on est d'apposer un fil à ligature sur le vaisseau. Enfin, lors des hémorrhagies qui ont lieu

(1) Verneuil, *Gaz. hebdomad.*, 1873.

(2) Cornillon, *Des accidents des plaies pendant la grossesse et l'état puerpéral.* Th. inaug., Paris, 1872.

(3) Verneuil, *Bulletin de la Soc. de chirurgie.* 1876.

dans la profondeur des cavités (bouche, vagin) et où il est si difficile d'apposer une ligature, elle peut rendre de grands services.

Nous ne saurions mieux faire, du reste, qu'en rapportant textuellement les *conclusions* posées par M. Verneuil (1).

« 1° La forcipressure appliquée sur de gros vaisseaux, aux lieu et place de la ligature, a été introduite dans la pratique en 1790, par Desault, elle est donc d'origine essentiellement française.

« 2° Depuis elle a été étudiée, surtout théoriquement, en France par Percy, Duret, etc., et pratiquée souvent en Italie, par Assolini et ses contemporains. Condamnée injustement et sans motif sérieux, elle a disparu longtemps pour renaître dans ces dernières années, en Angleterre d'abord, puis en France, où elle sera sans doute plus équitablement jugée.

« 3° Elle constitue l'un des deux modes, et, à notre avis, le meilleur de la méthode désignée sous le nom d'aplatissement des artères.

« 4° Pratiquée sur les plus gros vaisseaux, et dans les cas cliniques les plus variés et les plus graves, elle a donné d'assez bons résultats pour être placée parmi les meilleurs moyens d'hémostase définitive. Sur vingt-six cas, en effet, on relève seulement trois accidents légers, sans insuccès ; dans un cas seulement il y eut hémorrhagie secondaire.

« 5° Elle paraît convenir surtout en cas d'anévrysme et d'hémorrhagies consécutives.

« 6° Comme innocuité et efficacité, elle vaut certainement la ligature, si elle ne lui est pas supérieure. Son application est fort aisée, et sa suppression, surtout, très-facile. A ce dernier point de vue, elle remplace avec avantage tous les essais de ligature temporaire et amovible.

« 7° On a beaucoup exagéré la gêne qu'elle cause aux patients et les obstacles qu'elle apporte à l'opération. Ces inconvénients d'ailleurs peuvent être passagers, car, au bout de 24 ou de 48 heures, en moyenne, l'oblitération vasculaire paraît assurée. Plus d'une fois, du reste, les pinces ont été laissées en place jusqu'à chute spontanée, sans déterminer d'accidents notables.

« 8° Les très-nombreux instruments employés peuvent se réduire à deux : 1° les pinces à mors lisse, à action graduelle par l'aplatissement vrai et simple des artères; 2° les pinces à anneaux, à mors dentés, qui aplatissent brusquement le vaisseau, l'obturent du pre-

(1) Verneuil, *Bulletin de la Soc. de chir.*, 19 mai 1875.

mier coup, et lèsent plus ou moins les tuniques. Ces deux instruments produisent des effets entièrement différents. Par conséquent, chacun d'eux est capable de remplir des indications spéciales. Sauf exception, le second sera préféré parce qu'il se trouve partout et s'applique plus souvent que le premier.

« 9° Je reste convaincu que la forcipressure ne disparaîtra plus de la pratique chirurgicale. »

c. Ulcère rebelle et douloureux du mollet. — *Resection du nerf sciatique.* — Nous savons bien, depuis les travaux de MM. Brown Sequard, Charcot, etc., que les inflammations nerveuses (traumatiques ou autres), peuvent déterminer certains troubles de nutrition des tissus, principalement de la peau (phlyctènes, ulcérations, zona traumatique, etc.); mais la suppression d'un tronc nerveux, dont les ramifications correspondent à une partie du corps atteinte d'*ulcérations rebelles*, a-t-elle une influence quelconque sur la cicatrisation de ces dernières? C'est là un point qui est bien loin d'être résolu et que M. Verneuil, toujours en quête des services que la physiologie peut rendre à la pathologie, a essayé, pour ainsi dire en désespoir de cause, sur une malade de son service de la Pitié.

Il s'agissait d'une jeune fille de vingt et quelques années qui portait depuis fort longtemps à la partie moyenne de la région interne du mollet gauche plusieurs *ulcérations* perforantes profondément taillées à pic, ayant resisté à toute thérapeutique locale et générale, et s'accompagnant de douleurs névralgiques intolérables. Les ulcères, à fond grisâtre, infundibuliformes, à suppuration fétide et ichoreuse, n'aboutissaient pas cependant à une dénudation osseuse, et nous ne saurions en donner une meilleure idée qu'en disant qu'ils nous ont paru représenter une sorte de *mal perforant du mollet*, dénomination qu'ils pouvaient revendiquer, non pas seulement en raison de leur configuration, mais aussi à cause de leur résistance opiniâtre à tout essai thérapeutique.

M. Verneuil pratiqua chez cette jeune fille l'amputation de la jambe gauche au lieu d'élection. Tout marcha bien pendant les premiers temps ; mais, au moment où la cicatrisation paraissait devoir s'achever prochainement, une ulcération du même caractère que les précédentes prit domicile à l'extrémité du moignon et s'accompagna comme elles, de douleurs névralgiques extrêmement intenses.

Que faire, en présence de cette double récidive de l'ulcère et de souffrances si épouvantables? Amputer la cuisse était aller un peu trop vite en besogne : aussi, dans la pensée que la suppression du

nerf sciatique calmerait l'élément douloureux, et dans celle, beaucoup plus hypothétique, que l'opération aurait en même temps une heureuse influence sur la cicatrisation du dernier ulcère perforant, M. Verneuil se décida à faire dans une étendue de 2 centimètres environ, la resection des sciatiques poplités interne et externe, en ayant grand soin d'arrêter tout écoulement sanguin venant des vaisseaux artériels et veineux qui se trouvent accolés aux troncs nerveux.

Au lieu d'avoir recours à cette resection nerveuse, n'aurait-on pas été en droit d'essayer, dans ce cas, la *dénudation* et l'*extension du nerf*, comme cela a été fait avec succès par le professeur Patruban, de Vienne, en 1872, dans un exemple d'ischialgie, et avant lui par le professeur Nussbaum, sur les branches du plexus brachial, dont les tiraillements à l'aide de crochets mousses firent disparaître la douleur (1) ?

d. ACCIDENTS DES PLAIES.—*Herpès traumatique.* — M. Verneuil a attiré l'attention sur l'*herpès traumatique* survenant chez les blessés (2) et dont il décrit trois variétés principales : la première, *herpès périphérique*, la seule décrite, éruption vésiculeuse qui n'est qu'une névrite consécutive à la section des nerfs dans leur continuité ; la seconde, *herpès de voisinage*, se produisant non plus sur la périphérie du nerf au delà de la lésion, mais au voisinage de la lésion du nerf ; la troisième, *herpès à distance*, se produisant chez les opérés en dehors du lieu de l'opération sur le trajet des nerfs qui n'ont pas été intéressés par l'instrument tranchant. La première est seule traumatique ; pour les autres, la relation entre le traumatisme et l'herpès est plus difficile à comprendre, y a-t-il névrite par action réflexe ou névrite ascendente ? L'état général ne joue-t-il pas un rôle important dans ces cas ?

Érysipèle par auto-inoculation. — Étant donné un foyer de suppuration, l'exploration d'une fistule osseuse, l'extraction d'une esquille, une contre-ouverture, l'ablation d'une croûte de la plaie, l'exploration d'un polype utérin ulcéré, etc., suffisent pour déterminer un érysipèle vraiment traumatique et auquel ce chirurgien donne le nom d'*auto-inoculation*. Il penserait que le traumatisme quelquefois très-léger, dans certains cas, ouvre des vaisseaux lymphatiques dans le foyer purulent même et que la matière septique est instantanément absorbée en donnant naissance à l'angioleucite ou à l'érisypèle. De

(1) Patruban, *Revue des sciences médic. en France et à l'étranger*, 1873, n° 2, p. 690 et 992.

(2) Verneuil, *Gaz. hebdomadaire*. 1873.

à ce précepte, selon lui, de cautériser préalablement des incisions pratiquées.

Ictère traumatique. — M. Verneuil distingue dans l'*ictère indirect* deux variétés (1) : l'une, l'*ictère pyohémique*, très-grave signe d'infection purulente ; l'autre, peu grave, l'*ictère non pyohémique réflexe* attribué par lui à une perversion de l'action nerveuse. Le premier est indiqué par la fièvre et les autres signes de l'infection septicémique ; le second se reconnaît à l'absence de fièvre et de chaleur, à moins de complications : ce dernier est bénin et sans action sur l'issue du traumatisme.

M. Verneuil (2) a appelé aussi l'attention sur une douleur indépendante de toute lésion matérielle appréciable survenant trois à cinq jours après la cessation de la douleur du traumatisme, apparaissant dans son foyer ou à son voisinage, et qu'il appelle *névralgie traumatique secondaire précoce*. Depuis 1853 il en a recueilli une vingtaine de cas : début brusque, la nuit surtout, intermittente, résistant aux antiphlogistiques et aux narcotiques et *cédant sans peine au sulfate de quinine :* elle peut récidiver et s'accompagner de contractures ou de convulsions musculaires, parfois d'une impuissance simulant la paralysie.

8° AFFECTIONS DE L'ANUS ET DU RECTUM.

a. Fissure a l'anus. — *Dilatation ; emploi du spéculum bivalve.* — Une fois l'instrument introduit, le chirurgien en écarte les deux valves, puis retourne le spéculum ; il recommence suivant le diamètre opposé et le retire tout ouvert. — Chez un enfant, dont la mère ne voulait pas entendre parler de chloroforme, on a pu profiter du sommeil naturel du petit malade pour engager rapidement le spéculum : en un instant la dilatation était produite et ce ne fut qu'au moment où on retira l'instrument que l'enfant se réveilla.

b. Hémorrhoïdes. — *Cautérisation par ponction interstitielle. Dilatation forcée de l'anus.* — Faire son possible pour opérer avant l'état anémique et les troubles dyspeptiques ou autres qui en sont la conséquence. Avant d'opérer, la dilatation préalable du sphincter est presque toujours utile sinon indispensable. Emploi du galvano-cautère (comme méthode de choix) dont la pointe est plongée au centre de chacune des hémorrhoïdes que l'on a le soin d'isoler en

(1) Verneuil, *Bulletin de l'Acad. de méd.*, septembre 1872.
(2) Verneuil, *Assoc. française*, 1874, et *Arch. génér. de méd.*, nov. 1874.

les faisant successivement saillir à travers un orifice pratiqué sur une plaque de bois.

M. Verneuil insiste aussi sur le rôle joué par la *contracture du sphincter dans la production des hémorrhoïdes* (1). Selon lui, dans bon nombre de cas, cette contracture serait la cause principale de cette affection ; aussi, en combattant cette cause, on remédierait à son effet, c'est-à-dire à l'hémorrhoïde elle-même (2). Comme l'hémorrhoïde n'est constituée que par des veines s'introduisant entre les fibres musculaires du sphincter et dont l'*érection* est le résultat de la contracture de ces fibres, en déchirant ces fibres, vous ferez cesser la dilatation vasculaire : de là l'application de la *dilatation forcée de l'anus* à la cure des hémorrhoïdes, même très-volumineuses, dont M. Verneuil, à l'exemple de M. Maisonneuve, se sert très-souvent dans son service. Il commence la dilatation avec le spéculum utérin et l'achève avec les doigts, le malade étant préalablement anesthésié.

c. Fistules a l'anus multiples profondes. — *Combinaison de l'instrument tranchant, de l'écrasement linéaire et du cautère actuel.* — Ce traitement a surtout en vue de combattre l'hémorrhagie qui est souvent à craindre dans cette région, et peut-être aussi de conjurer les accidents infectieux qui parfois y sont si redoutables. Pour les petits trajets, M. Verneuil emploie le procédé classique (sonde cannelée, bistouri). Pour les trajets remontant plus haut, une chaîne d'écraseur est introduite dans chacun d'eux à l'aide d'une bougie en gomme élastique comme conducteur, et la section du pont rectal se fait lentement. — S'il existe en même temps un rétrécissement rectal, on a soin de faire passer la chaîne de l'écraseur par-dessus la coarctation. — Toutes les plaies saignantes sont immédiatement cautérisées avec le fer rouge qui ne produit, du reste, qu'une eschare très-superficielle. Si la fistule est symptomatique d'une carie qui entretient la suppuration, on arrive à l'aide d'un ou de plusieurs débridements sur l'os malade (ischion le plus souvent) qui est ruginé, évidé au besoin, et sur lequel porte en dernier lieu le cautère actuel.

d. Rétrécissement du rectum. — *Rectotomie. — Combinaison de l'écrasement linéaire* et du *galvano-cautère. — Emploi du thermo-*

(1) H. Duret, aide d'anatomie, *Note sur la disposition des veines du rectum et de l'anus, et sur quelques anastomoses peu connues du syst. porte.* (*Soc. anat.*, mars 1877 et *Progrès médical*, 21 avril 1877).

(2) J. Christofori, *Du traitement chirurgical des hémorrhoïdes et en particulier de la dilatation forcée.* Thèse inaug. Paris, 1876.

cautère de Paquelin. — Tantôt elle est indiquée par une fistule existant comme dans le cas précédent, tantôt elle est *rectotomie d'élection ou rectotomie linéaire* : pour pratiquer cette dernière opération, on fait à l'aide du couteau galvanique une incision profonde allant de la pointe du coccyx à la marge de l'anus exclusivement : on arrive ainsi entre la paroi rectale et la concavité du sacrum où l'on fait cheminer soit une sonde cannelée, soit un trocart courbe qui perfore au-dessus du point rétréci la paroi postérieure de l'intestin qu'un doigt de la main gauche explore en même temps du côté de sa face interne; une chaîne d'écraseur est conduite par cet orifice au moyen d'une sonde flexible et ressort par l'anus. La paroi rectale sectionnée laisse un angle dièdre dont le sommet est au niveau du sacrum et du coccyx et la base au niveau de la cavité intestinale. M. Verneuil fait aussi cette rectotomie, mais alors comme moyen uniquement palliatif, dans le cas de rétrécissement carcinomateux. Sur 6 exemples de cette nature, ce professeur disait en 1873 qu'il n'avait eu qu'un seul fait de mort attribuable à l'opération elle-même.

Pour cette opération et dans presque toutes celles où le galvanocautère est applicable (hémorrhoïdes, trachéotomie, fistules, ablation de tumeurs, etc.), M. Verneuil l'a remplacé depuis 1876 par l'emploi de l'excellent, commode et ingénieux appareil du Dr Paquelin, connu sous le nom de *thermo-cautère* (1), qui emprunte sa chaleur à la combustion sans flamme d'une substance hydrocarbonée. Il se compose (fig. 103 et 104) :

1° D'*un foyer de combustion* (cautère proprement dit) qui consiste dans une chambre de platine à grande surface sous un petit volume et qui se plie, comme forme, aux *besoins de la chirurgie* (couteau, bouton, pointe, etc.) ; deux tubes concentriques y sont annexés : l'un interne qui plonge dans son intérieur et est destiné à l'apport du mélange gazeux ; l'autre externe soudé à son pourtour par une de ses extrémités sert de voie de dégagement aux produits de la combustion à l'aide d'orifices ménagés à l'autre extrémité. Ce dernier tube livre passage, par son extrémité libre, au tube interne, qu'un pas de vis terminal permet de fixer sur un manche de bois canaliculé pouvant être allongé, au besoin, au moyen d'un tube métallique supplémentaire.

2° D'*un récipient,* flacon portant à son col un double crochet

(1) Dr Paquelin, *Sur un nouveau thermo-cautère instantané et permanent fonctionnant avec l'essence minérale* (*Bull. gén. de thérap.*, 30 mai 1876).

mousse permettant de la suspendre à la boutonnière, au cord

Fig. 103. — *Thermo-cautère du Dr Paquelin.*

d'un tablier, etc., et fermé au moyen d'un *bouchon en caoutchouc* t
versé par deux tubes métalliques dont l'un reçoit l'air *atmosphéri*

Fig. 104. — *Manœuvre du thermo-cautère.*

de la soufflerie, et dont l'autre donne passage à cet air saturé de

peurs hydro-carbonées (*essence minérale* commune du commerce se trouvant partout et à très-bon marché).

3° D'une *soufflerie* qui est une poire de Richardson qu'on peut faire fonctionner avec le pied (1). Deux tubes en caoutchouc à parois épaisses vont l'un, du manche avec cautère au récipient, l'autre du récipient à la soufflerie.

Mécanisme. — Plonger le foyer de combustion (cautère) dans la partie blanche de la flamme d'une lampe à alcool. Au bout de 30 secondes environ, sans cesser de maintenir le foyer dans la flamme, faire fonctionner l'insufflateur par petites saccades; bruissement annonçant que la combustion s'opère, et presque à l'instant le *cautère devient* incandescent. L'air atmosphérique, chassé par la soufflerie dans le récipient, s'y charge de vapeurs hydro-carbonées et le mélange gazeux qui en résulte vient brûler *sans flamme* dans le foyer de combustion. Une fois incandescent, le cautère est *amorcé* et n'a plus besoin, pour maintenir son incandescence, que du secours de l'insufflateur et de sa propre chaleur. Cette incandescence sera d'autant plus vive que le jeu de la soufflerie sera plus actif : mais il faut se rappeler que le *rouge sombre est le degré de chaleur hémostatique par excellence.*

r. Cancer du rectum. — *Rectotomie* (Extirpation partielle ou totale suivant les cas). *Combinaison de la galvanocaustique et de l'écrasement.* — Procédé qui permet d'abord d'atteindre plus facilement les parties malades et de se mettre à l'abri de l'hémorrhagie si à redouter quand on emploie la méthode sanglante de Lisfranc.

Extirpation totale (2) : — 1er temps : à l'aide du couteau galvanique ou plutôt du thermo-cautère chauffé seulement au rouge sombre, le chirurgien circonscrit, en portant aussi haut que possible cette dissection circulaire, le pourtour de l'anus et dessine en arrière un *petit lambeau ano-coccygien* (ce qui donne une large fenêtre permettant de manœuvrer bien plus aisément). 2e temps : passage d'un gros trocart courbe, en arrière de la pointe coccygienne au-dessus de la lésion rectale; introduction d'une bougie élastique dans la canule permettant de faire suivre une scie à chaîne qui ressort par l'anus, *section de ce pont postérieur* : même manœuvre en avant, *section du pont antérieur.* — 3e temps : temps multiple qui consiste à isoler le rectum dégénéré de ses connexions à l'aide du couteau galvanique et à sectionner le mal au-dessus de ses points d'implantation en se servant d'une, de deux ou de trois chaînes d'écraseur;

(1) Voir le service de M. le Dr Championnière.
(2) Les deux premiers temps peuvent être intervertis.

Emploi de l'écraseur à double chaîne imaginé par M. Verneuil (1). — Durant les deux premiers temps, un cathéter doit être introduit dans la vessie et maintenu comme dans l'opération de la taille.

Extirpation partielle : — même procédé, seulement ne s'appliquant qu'à une partie de la circonférence du gros intestin. — 1er temps : incision (avec le thermo-cautère) demi-annulaire, soit en avant, soit en arrière. — 2e temps : section, par écraseur, des ponts du rectum. — 3e temps : écrasement au-dessus du mal après dissection galvanique. — Cette extirpation partielle peut aussi s'effectuer en employant la rectotomie linéaire.

M. A.-H. Marchand, à propos de cette opération, donne (2) les conclusions suivantes : L'extirpation du rectum pratiquée avec les précautions voulues dans les cas de cancer, n'est pas une opération très-grave et fournit des résultats satisfaisants quand on a pu enlever tout le mal. Pour la pratiquer avec chances de succès, il faut que le *rectum soit libre et mobile* dans le petit bassin et que les organes génitaux chez l'homme soient absolument indemnes; chez la femme, l'envahissement de la cloison recto-vaginale n'est pas une contre-indication à l'opération.

f. Fistule anale. — *Écrasement linéaire.* — Sans rejeter complétement l'usage de la *ligature élastique* pour les petites fistules à l'anus, il ne regarde pas ce mode de thérapeutique comme supérieur aux autres. — Dans deux cas où il l'a employé, la douleur a été extrêmement vive : dans l'un, la section a nécessité plus de trois jours, et dans le second plus de quatre ; c'est donc là un moyen douloureux et qui, surtout chez les personnes nerveuses, impressionnables, peut être la cause d'accidents.

Il y a évidemment des cas dans lesquels la ligature élastique peut convenir, mais il y en a d'autres où elle est contre-indiquée, et on ne doit pas la regarder comme méthode générale.

Dans la séance du 14 avril 1875, ce professeur a relaté à la Société de chirurgie un fait où il a failli perdre un malade auquel il avait passé un fil élastique à travers un trajet fistuleux du gros orteil. Tout alla bien d'abord, mais deux jours après, ayant serré un peu plus la ligature, le malade fut pris de frisson et de fièvre intense (40°) avec tous les signes d'une lymphangite ; il ne guérit qu'après avoir couru les plus grands dangers pendant plusieurs jours.

Ce n'est donc que pour satisfaire à certaines indications spéciales

(1) Voir le service de M. le Dr Duplay.

(2) A.-H. Marchand, *Étude sur l'extirpation de l'extrémité inférieure du rectum.* Th. in. Paris, 1873.

qu'il emploie la *ligature élastique lente;* il en est de même de la *section par pression continue et mortification* qui n'agit qu'avec beaucoup de lenteur et en déterminant des douleurs fort vives : cette dernière méthode, préconisée par Gerdy, n'est du reste applicable que lorsque le trajet fistuleux est assez large pour pouvoir permettre l'introduction du mors épais et dentelé de l'entérotome de Dupuytren qui détermine une mortification linéaire.

Un mode opératoire qu'il n'a pas non plus l'habitude d'employer et qui pourtant nous paraît indiqué dans bien des cas est le procédé du Dr J. Félix, de Gand (1), qui consiste à introduire dans le trajet de la fistule un *fil de soie tordue* (soie anglaise) et d'attacher chacune des extrémités de ce fil à une menotte qui permet d'imprimer un mouvement rapide de scie et de traction au fil pour sectionner en quelques minutes toute l'épaisseur du pont fistuleux.

Le moyen dont il se sert de préférence est l'*écrasement linéaire* qui met à l'abri de toute hémorrhagie, termine l'opération en quelques minutes et donne une section avec toute la précision désirable. Voici comment il opère :

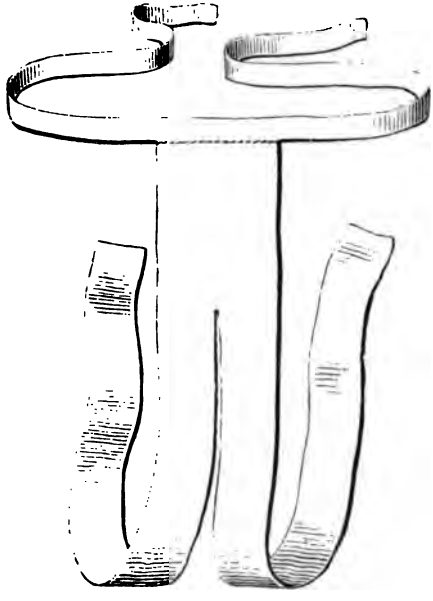


Fig. 105. — *Bandage en* T (Velpeau).

Il soumet généralement le malade à certaines préparations d'usage; ainsi l'avant-veille, il donne un bain entier; la veille, il prescrit un purgatif salin et le matin même du jour de l'opération, un lavement simple est administré. Si on ne peut constater l'orifice interne de la fistule, il crée de toutes pièces cet orifice en perforant la paroi rectale avec une sonde cannelée malléable dont le bec est légèrement recourbé. Il introduit alors, par le trajet qui a été ainsi complété, un stylet aiguillé entraînant un fort cor-

(1) J. Félix, *Revue de thérapeutique méd.-chirurg.*, 15 août 1875.

donnet et la chaîne de l'écraseur. — Il fait parcourir au pas de vis de la chaîne, environ 3 tours à la minute tout au plus, c'est-à-dire qu'il agit par conséquent avec beaucoup de lenteur. — Pour une fistule remontant à 8 ou 12 centimètres, il faut donc compter de 8 à 10 minutes; généralement il n'applique pas de mèche et se contente d'un cataplasme tiède maintenu par un bandage en T (fig. 105).

Nous lui avons vu employer à Lariboisière, dans le cas de fistules multiples, l'*incision simple*, avec le bistouri ou les ciseaux, suivie de cautérisation par le fer rouge : ce moyen a pour effet non-seulement d'arrêter l'hémorrhagie immédiate, qui est parfois considérable, mais de développer sur la solution de continuité une croûte protectrice empêchant l'absorption des matériaux septiques qui s'écoulent par la voie rectale.

g. IMPERFORATION COMPLÈTE DE L'ANUS. — *Entérotomie périnéale.* — *Resection du coccyx.* — C'est à l'entérotomie périnéale (procédé d'Amussat au périnée) que M. Verneuil a recours dans ces cas de malformation (fig. 106, 107, 108). — Incision verticale, recherche de l'ampoule, traction de cette ampoule (1), fixation, ouverture, proctoplastie, c'est-à-dire suture des bords de l'incision de l'ampoule avec les lèvres de l'incision superficielle. — Lorsque le cul-de-sac rectal n'est pas très-éloigné du plancher périnéal, l'opération ne présente en général aucune difficulté très-sérieuse. Il en est tout autrement quand la distance, qui sépare les deux ampoules anale et rectale, dépasse 2 ou 3 centimètres et s'il existe des adhérences plus ou moins intimes entre le rectum et la face postérieure de la vessie, ce qui rend la mobilisation de l'intestin très-difficile : aussi M. Verneuil, afin de pouvoir parfaire l'opération par le périnée, sans être obligé d'y renoncer, a-t-il préconisé la *resection du coccyx* par laquelle la voie est singulièrement agrandie, et qui permet d'aborder beaucoup plus aisément le rectum qu'il est assez facile de suturer à la peau sans exercer sur lui des tiraillements toujours funestes.

Selon M. Verneuil, ce nouveau temps de l'opération n'ajouterait aucun surcroît de danger et doit être effectué dès qu'on éprouve quelque difficulté, soit à trouver l'ampoule, soit à la faire glisser vers la partie inférieure pour la mettre en contact avec la peau. — La manière de procéder est du reste d'une simplicité extrême : à l'aide de 4 coups de ciseaux on sectionne les tissus : 1° jusqu'à la pointe du coccyx; et 2° et 3° de chaque côté de cet os encore car-

(1) Voir le service du Dr Gillette.

ulagineux; puis, on rèsèque l'os lui-même dans une étendue de 1 centimètre à 1 centimètre 1/2 à partir de sa pointe.

Position de l'enfant, et divers temps de l'opération d'Amussat dans le périnée.

Fig. 106. — *Premier temps de l'opération.*

A, plaie cutanée. B, ampoule intestinale découverte au fond de la plaie. C,C,D,D, fils d'argent armés d'aiguilles passant dans l'ampoule et dans la plaie.

Fig. 107. — *Deuxième temps de l'opération.*

Fig. 108. — *Troisième temps : opération terminée.*

A, plaie cutanée. B, ampoule ouverte. C, fils passant des lèvres de la plaie intestinale à travers la plaie cutanée. D, anse de fil coupé. E, anse de fil.

F, la plaie intestinale réunie à la plaie cutanée au moyen de fils métalliques dont les chefs son tordus.

Dans un cas fort remarquable (1), M. Polaillon s'étant trouvé, pendant l'opération de l'atrésie rectale, dans la nécessité de prolonger l'incision périnéale assez loin en arrière, préféra à la resection, c'est-à-dire à la perte de substance d'une partie du coccyx, l'incision longitudinale de cet os, avec des ciseaux.

Enfin chez un enfant de 4 jours, opéré à Cochin, et qui présentait une communication de l'intestin avec les organes urinaires, M. Desprès n'a ni reséqué le coccyx comme le veut M. Verneuil, ni sectionné sur la ligne médiane comme l'a fait M. Polaillon ; il a pratiqué simplement une incision sur le bord de cet os, ce qui a agrandi d'une façon suffisante le champ opératoire parfois si restreint quand on n'a pas recours à l'un ou l'autre de ces moyens.

h. RÉTRÉCISSEMENT DE L'ŒSOPHAGE. — *Gastro-stomie.* — M. Verneuil a présenté en octobre 1876, à l'Académie, un jeune homme de 17 ans, chez lequel, à la suite d'ingestion d'une solution de potasse caustique, il était survenu un rétrécissement très-serré de l'œsophage à 7 centimètres au-dessous de l'orifice supérieur en un point tel que l'œsophagotomie externe était impossible. M. Verneuil lui avait pratiqué la gastro-stomie (bouche stomacale).

Cette opération a été déjà faite 16 fois par divers chirurgiens, et sans succès parce que la plupart des malades étaient plongés dans un état d'anémie ou de cachexie parfois extrême.

Le manuel opératoire auquel on eut recours fut celui que M. L. Labbé a employé récemment sur l'*homme à la fourchette ;* en voici le résumé : le malade anesthésié, on procède à tous les préparatifs de la méthode de Lister (2). Ce chirurgien pratiqua une incision parallèle au rebord cartilagineux des côtes gauches, par conséquent oblique en bas et en dehors, longue de 5 centimètres environ. La peau, le tissu cellulaire sous-cutané et le muscle grand oblique furent incisés : on arriva sur le péritoine qui fut soulevé avec une pince à griffes et qu'on sectionna avec des ciseaux ; l'estomac se laissa facilement reconnaître à sa coloration blanchâtre : on le saisit avec la pince à griffes, on l'attira dans la plaie et on le traversa avec deux longues aiguilles à acupuncture perpendiculaires aux lèvres de l'incision, de manière à maintenir la paroi stomacale en contact avec les lèvres de l'incision. Puis on saisit les bords de l'ouverture péritonéale avec une série de pinces hémostatiques que l'on confia à des aides. On prati-

(1) Polaillon, *Anus imperforé : communication du rectum avec la vessie, opération ; méconium solide, mort, autopsie ; vice de conformation de l'œsophage qui communique avec la trachée* (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 14 juillet 1875).

(2) Voir le service du Dr Lucas Championnière.

qua ensuite des points de suture métallique avec le chasse-fil, comprenant le péritoine et la paroi stomacale : on plaça ainsi 14 anses dont chacune était serrée avec un tube de plomb sur un bouton de chemise. Cela fait, on retira les deux grandes aiguilles à acupuncture. On incisa alors la paroi stomacale qui, depuis qu'elle était ainsi étranglée par la couronne des points de suture, était le siége d'une congestion intense et avait pris une couleur rouge violacé. *L'épaisseur de cette paroi était considérable et ne ressemblait en rien à ce qu'on voit sur le cadavre.* Après avoir fait sur cette paroi une boutonnière, on y introduisit une grosse sonde de caoutchouc rouge que l'on fixa en l'enfilant avec un fil d'argent qui traversa en même temps la paroi stomacale. — 7 à 8 centimètres de sonde furent laissés dans l'estomac. L'incision de la paroi stomacale donna lieu à un écoulement très-considérable de sang, on l'arrêta en plaçant à demeure des pinces hémostatiques : puis on fit sur tout l'abdomen une application de collodion.

Chez l'intéressant malade que M. Verneuil a opéré l'année dernière à la Pitié, on peut dire que le résultat a été aussi complet que possible, au point de vue opératoire bien entendu. — Un mois après l'opération, ce jeune homme, que nous avons vu à l'hôpital et dont le poids était tombé au-dessous de 33 kilogrammes, en pesait 42 : son appétit devint très-vif et il put le satisfaire en introduisant des aliments liquides par sa *bouche stomacale*. — Chose curieuse, lorsqu'on lui verse des aliments par la sonde dans l'estomac, la *bouche exécute des mouvements de mastication*.

4. Hernie étranglée. — *Ponction aspiratrice.* — Ce chirurgien commence par essayer, mais avec prudence, le taxis : il n'a jamais recours au taxis forcé : plus on pratique la kélotomie de bonne heure, plus on a de chances de réussir : il emploie cependant parfois la ponction aspiratrice. Dans une hernie crurale étranglée (1), il pratiqua la ponction aspiratrice avec l'aiguille n° 2 ; il y eut issue de sang spumeux, noirâtre, d'une odeur stercorale prononcée, bien que l'opérateur crût n'avoir pénétré que dans le sac. Le taxis fit bientôt rentrer l'intestin, mais il s'écoula 1 à 2 grammes de sang par la piqûre de l'aiguille et un phlegmon survint dont le pus avait une odeur infecte, quoique sans communication avec l'intestin.

Pour savoir absolument si le liquide évacué vient du sac ou de l'intestin, il suffit de recourir à l'examen microscopique : le liquide

(1) Verneuil, *Bulletin de la Société de chir.*, février 1873.

intestinal contient toujours de nombreuses cellules d'épithélium cylindrique que celui du sac ne renferme pas.

9° AFFECTIONS DU PÉRINÉE ET DES ORGANES GÉNITAUX, SYPHILIS (HOMME, FEMME).

a. INFLAMMATION DES VÉSICULES SÉMINALES. — *Antiphlogistiques. Térébenthine.* — Ce chirurgien lui attribue, comme symptômes, les douleurs incessantes qui poussent les malades à uriner toutes les 10 minutes, la contraction musculaire du col non améliorée par l'usage des bougies, le pissement de sang et surtout la douleur très-vive provoquée par l'introduction du doigt dans l'anus jusqu'aux vésicules séminales, et l'expulsion de *caillots de blanc d'œuf dans les urines*. Il combat cette affection (1) par un traitement antiphlogistique, des quarts de lavements laudanisés, des bains de siége très-prolongés et des balsamiques, térébenthine 2 grammes par jour.

b. GOMMES. — *Emplâtre de Vigo. Traitement mixte.* — Iodure de potassium et onctions avec l'onguent napolitain, tel est le traitement à prescrire avant l'ouverture des gommes et en vue de la possibilité de leur résorption qui s'effectue parfois sans presque laisser de traces : s'il se produit des ulcérations, on se contente d'appliquer des cataplasmes et d'attendre la chute des eschares : une fois la chute des parties mortifiées effectuée, panser la plaie restante avec un emplâtre ou des bandelettes de Vigo. On peut remplacer l'usage simultané de l'iodure de potassium et des frictions mercurielles locales par celui du sirop de Gibert. M. Verneuil a appelé récemment l'attention sur ces *gommes péri-articulaires* dont le siége a lieu de préférence dans les *bourses séreuses* (genou, coude, cou-de-pied, hanche) : elles peuvent, si elles ne sont pas soumises à un traitement approprié, déterminer des accidents du côté de l'article correspondant. Tout récemment ce professeur a exposé ce traitement, à propos d'une discussion à la Société de chirurgie sur l'ostéo-sarcome articulaire; il s'agissait d'un cas qu'il avait observé et dans lequel la présence de gommes volumineuses avait, par suite d'ulcérations nombreuses et d'épanchement plastique abondant, donné le change et fait croire tout d'abord à une tumeur de mauvaise nature : le traitement spécifique fut heureusement employé et jugea la nature de l'affection à laquelle on avait affaire.

c. DÉCHIRURE DU PÉRINÉE. — *Avivement et sutures sans toucher à la*

(1) Verneuil, *Journ. méd. et ch. pratiq.*, janvier 1874.

muqueuse rectale. — Lorsque la déchirure est incomplète, qu'elle est de date récente et n'a pas une étendue trop considérable, il ne pratique pas tout d'abord l'opération, il attend et se contente de maintenir au contact les lèvres de la plaie à l'aide de serres-fines : nous croyons, dans ce cas, que les grosses serres-fines à mors plats et larges recouverts d'amadou de Marcellin Duval peuvent trouver leur indication : c'est ainsi que nous les avons employées avec succès chez une dame dont la déchirure, suite de l'accouchement, s'était arrêtée en avant de l'anus et était par conséquent incomplète : ces serres-fines, en effet, ne sont pas pourvues de dents, et, n'agissant que par simple pression (fort énergique du reste), ne lacèrent pas les tissus et ne produisent pas d'eschares; — nous ne savons pas pourquoi vraiment elles ne sont pas plus employées dans les hôpitaux pour la réunion des plaies ou comme moyen de forcipressure.

Dans le cas de *déchirure complète*, il faut recourir évidemment à une restauration, mais nous croyons qu'il faut se garder d'opérer trop tôt : plus on attend, moins la perte de substance à réparer est considérable, et on doit laisser la nature diminuer la brèche autant que possible.

M. Verneuil est un de ceux qui ont apporté dans le traitement des déchirures périnéales des modifications du plus haut intérêt. — Appliquant à la périnéorrhaphie le même principe qui domine dans l'opération de la fistule vésico-vaginale par le procédé américain, il avive obliquement la cloison recto-vaginale *sans intéresser la muqueuse intestinale* toujours moins tolérante que la muqueuse du vagin : cette dernière est également avivée dans l'étendue d'un centimètre à un centimètre et demi environ : il procède ensuite aux sutures métalliques.

1° Une suture entrecoupée pratiquée du côté du vagin en évitant de comprendre la muqueuse du rectum, a pour but de réunir les *bords de la cloison recto-vaginale.*

2° *Pour le périnée,* il emploie la suture enchevillée en comprenant une épaisseur de parties molles d'autant plus grande qu'on est plus rapproché de la vulve : c'est là une condition qu'il suit même pour les plus larges déchirures, et il se dispense des incisions libératrices de Dieffenbach (convexe en dehors et s'arrêtant à un centimètre en avant de l'anus) ou de Jobert (plus étendue, convexe en dehors, dépassant en arrière l'orifice anal) qui ne lui semblent pas avoir une influence bien marquée sur le succès de l'opération.

En 1873, dans la séance du 19 février de la Société de chirurgie,

M. Letenneur, de Nantes, communiquait une observation où l'opérateur a suivi cette méthode avec succès (1).

d. KYSTE OVARIEN. — *Injection iodée, ses dangers.* — Pour les kystes uniloculaires dont le contenu n'est presque jamais filant, ce chirurgien proposerait volontiers les injections iodées; cependant il a noté en 1875 un accident survenu à la suite (2) d'une de ces injections, je veux parler de la perforation spontanée consécutive du kyste. Il s'agissait d'un kyste uniloculaire volumineux gauche dont le liquide s'était reproduit à plusieurs reprises après la ponction simple et deux fois suivie d'injection iodée proposée par M. Boinet. M. Verneuil ayant tenté une troisième injection, les douleurs augmentèrent, une péritonite sur-aiguë entraîna la mort. On trouva à l'autopsie une petite perforation sur le bord gauche du kyste.

e. FISTULE VÉSICO-VAGINALE. — *Procédé américain.* — Le *nitrate d'argent*, l'*ammoniaque liquide* ou la *teinture de cantharides* n'ont guère été recommandés que pour les fistules de dimension très-petite et surtout après l'opération de la fistule vésico-vaginale, lorsqu'il reste un pertuis étroit.

Nous nous souvenons avoir vu, pendant notre internat, notre maître Michon, en 1861, à l'hôpital de la Pitié, guérir, par l'application successive de tampons de charpie imbibés d'ammoniaque, une fistule vésico-vaginale assez large pour laisser pénétrer la pulpe du doigt : l'occlusion mit plus d'une année à s'effectuer, mais elle fut complète au bout de ce laps de temps.

Si M. Verneuil emploie l'ammoniaque et la cantharide, c'est uniquement dans les cas de très-petites fistules anciennes ou récentes, dont le trajet est pour ainsi dire *épidermé*.

Il fait également usage de la *teinture d'iode*, mais seulement après l'opération, dans le but de modifier le tissu inodulaire en voie de formation. Or, cette teinture stimule les bourgeons charnus et les vivifie même en modérant la suppuration sans l'arrêter toutefois complétement. Elle favorise, en un mot, dans les cas de retard de la cicatrisation, la réunion secondaire des bords de la fistule opérée.

Il emploie aussi la réunion secondaire après cautérisation à l'aide du thermo-cautère.

Une fois l'opération décidée, afin de mettre les tissus dans l'état le plus favorable, il prescrit un bain quotidien pendant quelques jours et des injections d'eau de guimauve; l'avant-veille on admi-

(1) Letenneur (de Nantes), *Déchirure complète du périnée et d'une grande partie de la cloison rectovaginale. Opération ; guérison* (*Bull. de la Société de chirurg.*, 1873).
(2) Verneuil, *Progrès médical*, 1875.

minister un purgatif salin et le matin même un lavement émollient.

C'est le procédé américain du Dr Bozeman qu'il préfère pour ce genre de fistule (1). Il n'adopte pas telle ou telle position à l'exclusion de toutes les autres : il choisit successivement, et pendant le cours même de l'opération, celles qui sont en même temps moins fatigantes pour la malade et plus commodes pour le chirurgien (décubitus dorsal, décubitus en pronation, décubitus latéral de Marion Sims).

Fig. 109. — *Spéculum de Marion Sims.*

En 1862 (2), ce professeur fit observer avec beaucoup de raison que dans le décubitus abdominal, les malades ne s'appuient bientôt plus sur les coudes, comme au début, mais bien sur la partie supéro-antérieure du thorax, puis sur la mâchoire inférieure qu'elles font reposer sur les mains juxtaposées, enfin sur la paroi antérieure de l'abdomen qui vient toucher soit le lit, soit la face antérieure du coussin. Il a remarqué, d'autre part, que, lorsque les malades sont placées sur les genoux et les coudes, la fistule devient plus profonde

Fig. 110. — *Spéculum de Marion Sims, modifié.*

(1) Verneuil, *Chirurgie réparatrice*, t. I, 1877.
(2) Id., *Arch. génér. de médecine*, 1862.

et, par conséquent, moins accessible au chirurgien, parce que l'utérus, en tombant en avant, entraîne avec lui la paroi antérieure du vagin qui se trouve par cela même déplissée. — Spéculum de Sims ou de Bozeman (fig. 109 et 110).

Il procède à l'avivement en pratiquant sur la muqueuse vaginale *seule*, à l'aide de la pointe du bistouri (fig. 111), une incision superficielle circulaire, parallèle au bord de l'ouverture et distante de 1 centimètre environ de ce bord; puis avec le ténaculum et les ciseaux courbes (fig. 112), il excise la muqueuse dans une étendue de 10 à 12 millimètres, de façon à respecter dans cet avivement le petit liséré qui se trouve à la réunion des muqueuses vésicale et vaginale.

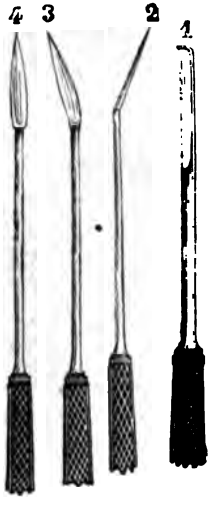


Fig. 111. — *Bistouris pour l'avivement de la fistule vésico-vaginale.*

Fig. 112. — *Ciseaux de Bozeman.*

On fait donc ainsi un avivement horizontal et non perpendiculaire comme dans les autres procédés anciens ; de plus, en conservant ce liséré, on n'expose pas la fistule (en supposant que l'opération échoue) à augmenter d'étendue. Enfin ce même liséré est un point de repère pour l'entrée et l'émergence du fil.

Les points de suture (fils de soie) varient en nombre suivant

l'étendue de la solution de continuité, mais respectent toujours la paroi vésicale. Un intervalle de 5 millimètres environ est laissé entre deux sutures adjacentes et ces dernières sont successivement passées depuis la partie qui se trouve la plus rapprochée de la vulve jusqu'à la partie la plus haute. — Substitution des fils d'argent aux fils de soie. — Plaque de plomb où se trouve une série de trous en nombre double à celui des fils. — Fils passés par les trous (fig. 113) : 2 chefs introduits dans un trou de bouton ou dans le *tube de Galli*, en plomb.

Fig. 113. — *Tubes de plomb assujettissant les fils.*

La femme rapportée à son lit doit rester sur le dos, les jambes et les cuisses fléchies et les jarrets reposant sur un coussin. Une sonde en S (fig. 114) est maintenue en permanence dans la vessie, pendant

Fig. 114. — *Sonde d'aluminium de Marion Sims.*

plusieurs jours : on provoque la constipation par l'administration de l'opium et on combat la soif par l'usage de la glace.

M. Verneuil a signalé (1), à propos de fistules vésico-vaginales, la possibilité de la *déviation de l'urèthre simulant une oblitération de ce canal chez les femmes affectées de cette lésion.* Ainsi, une malade portant une fistule occupant le bas-fond de la vessie se présente à lui : lorsqu'on veut introduire la sonde, un obstacle est perçu à 3 centimètres du méat et il est impossible de la faire pénétrer malgré tous les efforts. Avant de ne rien tenter, M. Verneuil fit un dernier essai au moyen d'une petite bougie flexible et la vit, avec étonnement, pénétrer dans la vessie. Cette bougie avait subi une flexion *à angle droit.* Pour corriger cette déviation uréthrale, il suffit d'introduire une sonde de caoutchouc dont les extrémités ramenées au dehors, l'une par l'urèthre, l'autre par le vagin, étaient maintenues accolées.

(1) Verneuil, *Bull. de la Soc. de chir.*, 31 mars 1875.

8° AFFECTIONS DES VAISSEAUX. — GANGLIONS LYMPHATIQUES. — AFFECTIONS DU PIED.

a. ANÉVRYSME SPONTANÉ DE L'AXILLAIRE. — *Compression indirecte intermittente.* — Avant de recourir à la ligature, M. Verneuil essaie d'abord l'*attitude forcée du bras*, et si cette position ne donne aucun résultat, la compression de l'artère sous-clavière : il comprime ce vaisseau avec un sachet de plâtre ou une pelote moulée dans le creux sous-claviculaire : le malade peut exercer lui-même la compression continue sans se fatiguer et sans le secours d'aucun aide. Chez un malade (1) observé et traité par lui à Lariboisière en 1866, la tumeur avait diminué d'un tiers, six semaines après; les battements étaient faibles et le souffle doux, la tumeur devint dure et mobile et, du volume d'une orange qu'elle avait, elle arriva à cinq centimètres de diamètre; le malade quitta l'hôpital pour continuer cette compression chez lui.

b. HYPERTROPHIE GANGLIONNAIRE. — *Emploi du thermo-cautère.* — Histologiquement, M. Verneuil (2) distingue six variétés de ces tumeurs ganglionnaires, savoir : 1° hypertrophie des follicules clos; 2° dégénérescence fibro-plastique; 3° sarcomes exactement embryoplastiques; 4° squirrhe; 5° encéphaloïde; 6° cancer primitif pur. Cette dernière est de toutes la plus rare, la première est la seule qui soit susceptible de guérison complète, par ablation de la masse (il fait généralement usage du thermo-cautère), les 5 autres variétés récidivant, soit sur place, soit ailleurs, et se généralisant d'une façon fatale.

c. ONGLE INCARNÉ. — *Pansement à l'ouate.* — Ce professeur pratique l'anesthésie locale soit avec l'éther (appareil de Richardson), soit avec le mélange de glace et de sel marin : ablation de l'ongle sans avoir recours à l'abrasion du bourrelet ulcéré. Immédiatement après l'opération, M. Verneuil recouvre directement la plaie d'une couche d'ouate entourant tout le pied, maintenu solidement serré comme dans le pansement de M. A. Guérin (3). Lorsque la compression est fortement exercée, les douleurs, qui se sont manifestées après la suppression de l'anesthésie, se calment et, dès le lendemain, l'opéré peut se tenir debout et marcher, il peut même faire un travail, pourvu qu'il ne soit pas trop fatigant. Le pansement est laissé à de-

(1) Verneuil, *Gaz. hebdomad.*, n° 35, 1872.
(2) Id., *Bull. de la Soc. de chir.*, 1872.
(3) Voyez le service de M. le Dr A. Guérin.

meure et n'est enlevé que si les douleurs reparaissent : sinon, on n'y touche pas pendant huit ou dix jours, au bout desquels il n'est pas rare de trouver la cicatrisation complétement achevée. Il suffit à ce moment de protéger la matrice de l'ongle et de la recouvrir avec un linge enduit de glycérine.

M. LE DOCTEUR Léon LABBÉ (1)

1° ANESTHÉSIE.

Anesthésie. — *Chloroformisation complète.* — M. L. Labbé s'élève contre la pratique qui consiste à ne chloroformiser les malades qu'à moitié ; pour lui, comme pour M. Perrin, les chloroformisations incomplètes sont les plus dangereuses parce que l'activité imprimée au système excito-moteur des centres nerveux peut donner lieu à des phénomènes d'action réflexe susceptibles d'amener des perturbations mortelles dans les fonctions du patient. Dans toute opération réclamant l'anesthésie (2), la chloroformisation doit être complète, mieux vaut s'en abstenir que de ne pas la porter à ce degré. Bien des chirurgiens ne se rangent pas encore à cette opinion.

2° AFFECTIONS DE L'ANUS ET DU RECTUM.

a. Cancer du rectum. — *Rectotomie. — Emploi du galvano-cautère ou du thermo-cautère.* — M. L. Labbé dans l'extirpation partielle ou totale de l'extrémité inférieure du rectum fait souvent usage, à l'exemple de M. Verneuil, de la méthode mixte consistant à combiner l'emploi du couteau galvano-cautère ou du thermo-cautère, chauffé seulement au rouge sombre, avec celui de l'écraseur linéaire.

Pour l'*extirpation partielle*, rectotomie linéaire, c'est-à-dire section ano-coccygienne avec le couteau galvanique, puis dissection des deux moitiés du rectum, passage de la scie à chaîne à l'aide du trocart et de sa canule par-dessus le mal : après la division de la paroi rectale, il juge de l'étendue du produit morbide qu'il peut attirer en bas et enlever avec une ou plusieurs chaînes d'écraseur. Pour l'*extirpation totale*, rectotomie complète ; cathéter maintenu

(1) 1864, chirurgien du Bureau central ; — 1865, hospice de la Salpêtrière ; — 1867, hôpital du Midi ; — 1868, hôpital Saint-Antoine ; — 1872, hôpital la Pitié.
(2) L. Labbé, *Bullet. de la Soc. de chir.*, 1875.

dans l'urèthre comme pour l'opération de la taille, passage du trocart à droite, puis à gauche (de la peau jusque vers la cavité rectale) permettant de faire cheminer la chaîne à travers la canule et de la faire ressortir par l'anus ; écrasement de ces ponts rectaux. — Circonscrire l'anus avec le couteau galvanique et remonter aussi haut que possible; délimiter la hauteur à laquelle s'arrête le produit morbide dont on enlève successivement les segments avec des chaînes d'écraseur, après avoir attiré en bas toute la partie inférieure du rectum ainsi disséquée.

b. TUMEUR HÉMORRHOIDAIRE VÉGÉTANTE. — TUMEUR FIBREUSE PÉDICULÉE. — *Écrasement linéaire.* — C'est sur les difficultés qu'on éprouve parfois à bien établir le diagnostic, et par suite les indications thérapeutiques dans le cas de tumeurs intra-rectales, qu'insiste principalement M. L. Labbé. Il est toujours, selon lui, nécessaire, indispensable même, non-seulement de pratiquer le toucher, mais encore, lorsque ce dernier ne donne pas un résultat satisfaisant, d'engager le malade à faire des efforts de défécation séance tenante. Nous l'avons entendu citer les deux exemples suivants à l'appui de cette assertion :

α. Le toucher *n'avait rien dévoilé* chez un homme se plaignant de pesanteur anale, d'écoulement sanieux et séro-sanguinolent. On lui fait faire des efforts de défécation et on voit sortir une énorme tumeur hémorrhoïdaire végétante, en forme de crête de coq, qui avait produit chez lui une anémie considérable.

β. Un homme venu de Lyon prétend que chaque jour, depuis dix ans, il sort de l'anus, pendant la défécation, une tumeur volumineuse. On pratique le toucher qui ne *vous révèle absolument rien;* on engage le malade à aller à la selle et on voit en effet venir faire issue une énorme tumeur fibreuse piriforme pédiculée, mais à large base. Pour faire rentrer sa tumeur, cet homme est obligé de la masser pendant près d'une demi-heure en la pressant en divers sens sur l'angle d'un meuble.

Une fois le diagnostic bien établi, la thérapeutique est des plus simples. C'est la ligature ou l'écrasement linéaire que choisit M. L. Labbé en produisant une striction lente et graduée. Si le pédicule est trop large, il le traverse avec un trocart, ce qui lui permet d'en pratiquer la section à l'aide de deux écraseurs qui agissent simultanément. — On pourrait en ce cas utiliser, selon nous, avec avantage la ligature élastique dont les chirurgiens anglais font actuellement un grand usage.

3° AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES ET DU PÉRINÉE (HOMME ET FEMME).

a. Rétention d'urine. — *Ponction capillaire aspiratrice.* — A l'exemple de M. Gosselin, ce chirurgien croit que ces ponctions faites avec l'aspirateur de Dieulafoy peuvent même être répétées sans aucun accident dans les cas où les rétrécissements profonds rendent le cathétérisme impossible. Il se sert du trocart d'un tiers de millimètre : une fois la vessie vidée, retirer la canule-trocart brusquement et appliquer, si l'on veut, un carré de baudruche avec collodion.

b. Épithélioma du col utérin. — *Emploi de la galvano-caustique thermique.* — Il fait usage du *fer rouge*, largement appliqué surtout dans les épithéliomes sessiles (en plaque) à peine saillants, et le préfère en tout cas à l'emploi du *caustique de Filhos* dont se servait Amussat père. Le cautère actuel est, du reste, un bon moyen complémentaire quand on a opéré soit avec l'écraseur linéaire, soit avec la galvano-caustique. Il est presque toujours indispensable d'y avoir aussi recours, si on a procédé avec l'*instrument tranchant* qui permet une dissection plus minutieuse et plus complète, mais qui a l'inconvénient de donner lieu presque toujours à une hémorrhagie plus ou moins abondante. Ce chirurgien est enfin peu enclin à employer la *ligature lentement serrée* de M. Courty, de Montpellier, parce qu'elle provoque le plus souvent des douleurs prolongées.

Il préfère de beaucoup l'usage de l'*anse galvano-caustique thermique* qui permet

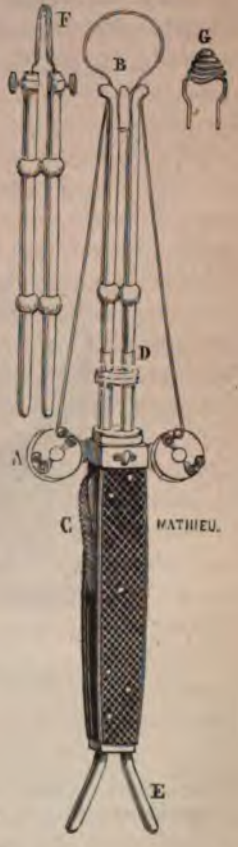


Fig. 115.—*Anse coupante du porte-cautère électrique.*

A, barillets d'ivoire sur lesquels s'enroulent les chefs terminaux du fil de platine ; B, anse coupante ; C, coulant à l'aide duquel on ouvre ou ferme le circuit ; D, insertion sur le porte-cautère ordinaire des colonnes métalliques qui prolongent les tiges inférieures ; E extrémités auxquelles s'adaptent les fils de la pile ; G, fil de platine disposé en forme de *cautère olivaire*.

d'amputer le col utérin avec la plus grande facilité. Le seul temps délicat de l'opération est de placer le fil de platine, peu volumineux, bien long et bien flexible, au fond du vagin et à la base du col.

Voici comment il procède : il conduit le long de la paroi supérieure du vagin la convexité du fil jusqu'au cul-de-sac antérieur, puis à l'aide des deux index il déprime les deux chefs qui vont se rejoindre au niveau du cul-de-sac postérieur et y demeurent d'autant plus facilement que la masse morbide est plus proéminente (fig. 115 et 116). Ce fil, seulement chauffé au rouge sombre, pro-

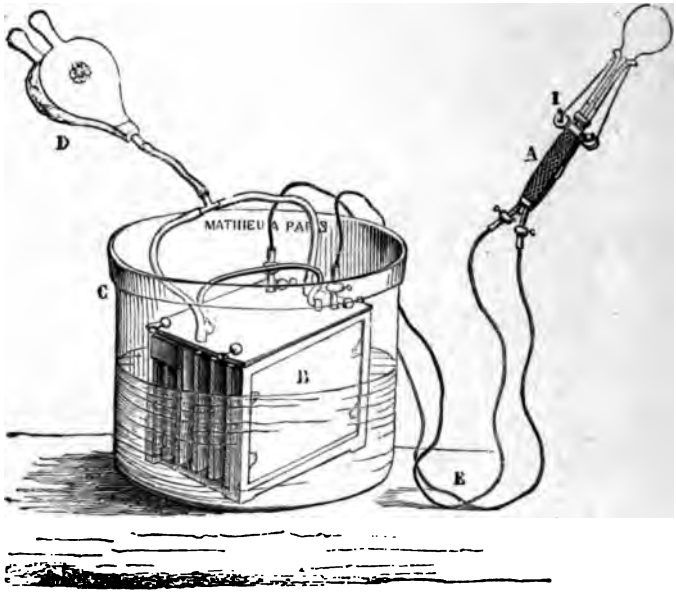


Fig. 116. — *Pile de Grenet au bichromate de potasse, appropriée à la galvanocaustique thermique.*

A, cautère électrique ; B, châssis qui renferme les éléments de la pile ; C, vase contenant une solution de bichromate de potasse ; D, soufflet à l'aide duquel on insuffle l'air entre les éléments ; E, siphons.

duit la section en 30 ou 40 secondes tout au plus. A mesure que passe le courant, on a le soin de serrer peu à peu, au moyen d'un treuil, le fil dont les deux chefs s'engagent dans deux petits cylindres : de cette façon, l'anse diminue, puis disparaît quand la section est achevée. Immédiatement après, M. L. Labbé dirige un courant d'eau froide au fond du vagin, et, bien que l'hémorrhagie ne soit

guère à craindre, il a le soin de placer sur la surface de section un tampon d'ouate sèche ou imbibée d'une solution très-étendue de perchlorure de fer.

c. ÉTAT GRANULEUX ET ULCÉREUX DU COL. — *Cautérisation intra-utérine du corps.* — C'est une pratique banale, selon ce chirurgien (1), que de se contenter de cautériser superficiellement avec le nitrate d'argent presque toutes les ulcérations granuleuses du col, sans tenir compte ni de l'état de l'utérus, ni du prolongement de l'ulcération dans le canal cervical. Il faut savoir, dit-il, que ces cautérisations sont la plupart du temps tout à fait insuffisantes, car il est certain qu'il y a lieu de faire une large part à la métrite ou à l'engorgement utérin dans l'étiologie des ulcérations du col; aussi la *cautérisation intra-utérine* lui paraît modifier très-heureusement l'inflammation chronique de la muqueuse. Bien plus, si, en faisant cette cautérisation utérine, on ne porte pas le crayon sur l'ulcération extérieure, on peut voir cette dernière se cicatriser sans être traitée directement. Il commence par enlever avec un pinceau d'ouate le bouchon albumineux qui obstrue le col (précaution indispensable), par faire même saigner un peu la muqueuse dépourvue d'épithélium : puis il cautérise l'intérieur de l'utérus avec un long crayon de nitrate : ne pas trop rapprocher les cautérisations pour laisser aux eschares le temps de s'éliminer.

d. FISTULES VÉSICO-VAGINALES. — *Méthode américaine.* — Frappé des grands avantages, reconnus maintenant par tous, du procédé américain (Bozeman, Marion-Sims), il le préfère à tout autre. Respecter la paroi vésicale que l'instrument tranchant ne doit pas intéresser, faire un avivement en surface sur la paroi vaginale et employer les sutures métalliques en nombre considérable, tels sont les principes qui le guident dans cette opération délicate.

Il ne place pas la malade sur les genoux, le *corps reposant sur les coudes,* à cause de la grande fatigue que cette position occasionne chez l'opérée et des difficultés opératoires qu'elle entraîne, car dans cette situation la fistule lui semble être plus profonde que dans le *décubitus latéral* ou *dorsal.* Emploi du spéculum Bozeman ou des écarteurs en bois dont Jobert de Lamballe (2) se servait toujours dans les opérations de ce genre (3).

Il *avive* toute la circonférence de la fistule dans l'étendue de

(1) L. Labbé, *Leçons de clinique chirurgicale professées à l'hôpital des Cliniques,* 1876.

(2) Jobert de Lamballe, *Traité des fistules.* Paris, 1852.

(3) Voir le service du professeur Verneuil.

1 cent. au moins en soulevant la muqueuse avec le ténaculum et en ne faisant porter l'incision que sur la paroi vaginale seulement. Passage des fils d'argent dont le nombre est considérable pour éviter les tiraillements des bords de la plaie. Il introduit chacun des fils de bas en haut avec l'aiguille tubulée de Simpson à 1 cent. au moins en dehors de la plaie et les place à 5 millim. les uns des autres à peu près; le fil ne doit pas traverser la muqueuse vésicale; torsion des fils de façon à ne la faire porter que sur chacun d'eux et non sur le bord de la solution de continuité; sonde à double courbure de Sims introduite dans la vessie à demeure. Injection d'eau tiède ou de décoction de guimauve et de pavots qui peut être répétée les jours suivants; favoriser la constitution; ablation des fils le huitième jour, en se servant de pinces longues et de longs ciseaux.

L'emploi des fils métalliques n'est pas toutefois indispensable, car MM. L. Labbé, Baker-Brown, etc., ont souvent employé des fils de soie d'un assez fort diamètre.

e. FISTULES RECTO-VAGINALES. — *Avivement de la paroi vaginale seule.* — M. L. Labbé n'essaie la *cautérisation* avec le fer rouge que dans le cas de fistule extrêmement petite. Il préfère l'avivement et la suture, mais aux dépens de la paroi vaginale seulement et non aux dépens du rectum. Si on intéresse la paroi rectale, la cicatrisation ultérieure se trouve ralentie, gênée et même entravée par la contraction incessante des fibres musculaires du gros intestin. Il emploie aussi parfois, à l'exemple de Jobert, mais seulement lorsqu'elles sont indispensables à l'affrontement des bords cruentés, les incisions sur les côtés de la fistule d'une façon parallèle à la direction de l'orifice.

f. CALCULS URINAIRES. — *Lithotritie.* — *Taille vaginale.* — M. L. Labbé pense que la méthode de traitement doit varier suivant le cas particulier auquel on a affaire; mais d'une façon générale il n'est que peu partisan de la dilatation forcée de l'urèthre : il préfère la *taille vaginale* qui ne lui semble présenter aucun inconvénient sérieux : elle donne toute facilité pour faire dans la vessie des irrigations suffisantes et surtout pour faire écouler au dehors les liquides physiologiques ou pathologiques, ce qui est d'une importance capitale. — Dans certains cas, il préférerait à la taille vaginale et surtout à la taille uréthrale la *lithotritie*, qui permet de débarrasser les malades, en une seule séance, de leur calcul; il en a fourni (1) deux observations, terminées heureusement chez des femmes âgées

1) L. Labbé, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1876.

de plus de soixante ans, tandis que la mort est survenue chez deux autres malades (l'une, calcul volumineux ; l'autre, étui d'un gros volume) sur lesquelles il avait pratiqué la dilatation forcée.

g. Périnéorrhaphie. — *Larges incisions fessières.* — Ce procédé, qui est spécial à M. L. Labbé, lui a donné dans plusieurs cas les meilleurs résultats. — Il consiste à faire l'avivement comme à l'ordinaire, puis à prolonger les incisions sur les fesses, de chaque côté, et à se contenter de suturer la moitié antérieure du périnée. La portion rectale se trouve ainsi placée dans les mêmes conditions qu'une fistule à l'anus après l'incision, et la réunion s'y produit de la même façon. Il n'observe pas d'incontinence rectale après l'exécution de l'opération.

4° AFFECTIONS DES GANGLIONS LYMPHATIQUES.

Adénite suppurée de l'aine. — *Incision et excision de la membrane granuleuse.* — Il cherche d'abord à prévenir la suppuration, qui est une chose toujours fâcheuse au point de vue des lenteurs qu'elle amène dans la guérison du malade et des cicatrices inévitables qu'elle entraîne à sa suite. A cet effet, le traitement antiphlogistique, les émollients et les onctions mercurielles ou iodées sont indiquées ; mais une fois que la suppuration n'a pu être conjurée et est évidente, il ne se contente pas de passer un séton filiforme ou d'inciser verticalement le bubon pour éviter le décollement de la peau ; de plus il n'a qu'une médiocre confiance dans les cautérisations des bords de la fistule avec le nitrate d'argent et dans l'action modificatrice des injections de teinture d'iode. Tous ces bubons, une fois ouverts, restent fistuleux pendant un temps indéterminé, à cause de la membrane fongueuse qui tapisse leurs parois internes et finissent tôt ou tard par réclamer un traitement plus radical.

Aussi M. L. Labbé agit-il de bonne heure en fendant crucialement la tumeur. Il enlève les quatre angles de cette incision et avec des ciseaux excise toutes les granulations de mauvaise nature qui tapissent le fond de la plaie et entretiennent une suppuration interminable. La guérison n'en est que plus prompte et les cicatrices ultérieures ne sont même pas extrêmement apparentes.

5° AFFECTIONS DES OS. — AMPUTATIONS. — ABCÈS OSSIFLUENTS.

a. Carie, nécrose des os du pied. — *Amputation sus-malléolaire.* — M. L. Labbé préfère de beaucoup l'amputation sus-malléolaire aux

amputations partielles du pied : la réunion immédiate peut être, dans les cas douteux, d'autant plus facilement obtenue que les lambeaux sont bien moins épais et que la surface cruentée a moins d'étendue. Cependant, pour la locomotion et quand le malade ne peut se procurer un appareil prothétique convenable, il porte un segment inutile (manche à balai) susceptible de se contusionner, tandis que, s'il a été amputé au lieu d'élection, il marche beaucoup plus commodément avec le pilon classique (fig. 117). Si le malade est dans

Fig. 117. — *Pilon classique pour l'amputation de la jambe.*

Fig. 118. — *Bottine de Ravaton, (amputation sus-malléolaire).*

l'aisance, on ne doit pas hésiter à pratiquer la sus-malléolaire. Ce chirurgien préfère le procédé de Lenoir modifié : incision circulaire le plus près possible des malléoles, incision verticale antérieure, dissection des deux manchettes surtout en avant et sur les côtés, section des muscles obliquement en avant et en haut, s'abstenir du couteau interosseux, ligature des artères tibiale, antérieure et postérieure et artère péronière, réunion des deux lèvres de l'incision verticale par deux points de suture.

Dans la bottine de Ravaton (fig. 118, 119, 120), le poids du corps est bien supporté par la surface de la jambe, mais la peau est repoussée

en haut, tiraillée et souvent déchirée. Aussi M. L. Labbé préfère-t-il l'appareil de Mille et de Goyrand (d'Aix) (fig. 121), qui a l'avantage de prendre un point d'appui sur la cuisse et l'échine et dans lequel la jambe est libre et comme suspendue entre quatre attelles, ce qui permet une locomotion facile.

b. PIED VALGUS. — *Le traitement varie selon la cause.* — S'il est dû à des *lésions articulaires* (Gosselin), condamner le malade au repos absolu pour faire cesser la douleur, combattre les contractures par l'anes-

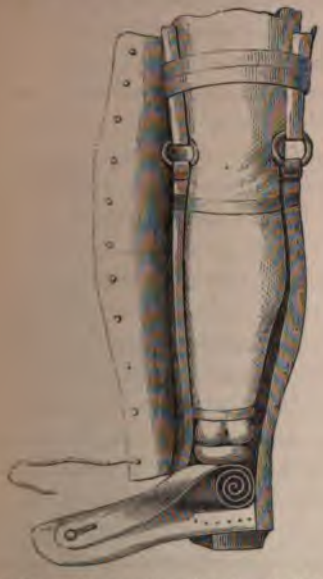


Fig. 119. — *La jambe mise dans la bottine avec ses différentes attaches.*

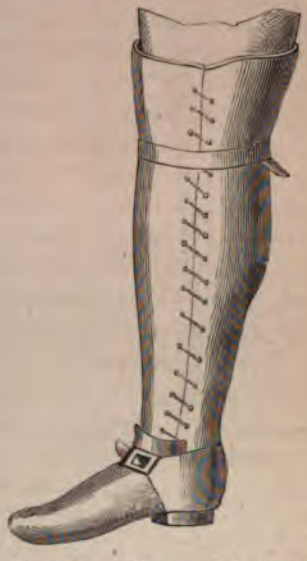


Fig. 120. — *L'appareil lacé et caché dans un soulier ordinaire.*

thésie ; comme la rétraction tendineuse n'est pas la cause, mais la conséquence de la maladie, il vaut mieux s'abstenir de faire la ténotomie, car elle ne peut produire aucun bon résultat. S'il est dû à l'*impotence* ou à la *contracture* du long péronier latéral (Duchenne de Boulogne), électrisation ou section le plus haut possible du tendon. Lorsque la difformité est ancienne, M. L. Labbé croit qu'il est souvent utile de redresser le pied pour rompre les adhérences qui peuvent fixer les extrémités articulaires dans des positions vicieuses.

c. ABCÈS OSSIFLUENTS EXTERNES. — *Large application de caustiques.* — Afin d'éviter la formation de clapiers où s'accumule le pus, de modifier la membrane pyogénique pour y déterminer une inflammation de bonne nature et de se préparer des voies faciles pour agir

sur la lésion osseuse, M. L. Labbé (1) *recouvre presque complétement la poche de caustique*, voici son procédé : large ouverture circulaire découpée dans une bande de diachylon, et un peu moins large que la tumeur, application de ce diachylon sur la tumeur, *pâte de Vienne* sur toute cette large ouverture, pendant une demi-heure; large eschare noirâtre qu'on recouvre de diachylon, élimination facilitée par les cataplasmes : ne pas presser sur la partie pour la vider, abandonner ce soin à la nature : le pus sort lentement et, à mesure qu'il s'écoule, la paroi postérieure de la poche se met de niveau avec les téguments environnants, en sorte qu'après la chute de l'eschare on n'a plus affaire qu'à une plaie déjà rétrécie et couverte en général de magnifiques bourgeons charnus : application alors sur la plaie sous-jacente d'une ou de plusieurs couches de pâte de canquoin, ne pas recourir au bistouri.

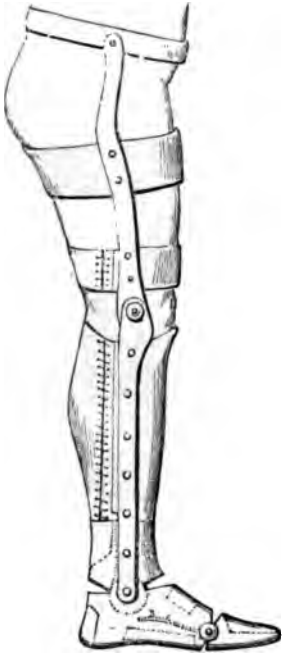


Fig. 121. — *Jambe de Goyrand et de Mille (amputation sus-malléolaire).*

Cette méthode est excellente, cependant elle est très-douloureuse au moment de l'application de la pâte de Vienne, et la réparation de la plaie est quelquefois très-longue; toutefois elle nous semble mettre le malade plus sûrement à l'abri d'accidents que les autres méthodes.

6° AFFECTIONS KYSTIQUES.

a. KYSTE HYDATIQUE DU FOIE. — *Canule à demeure. Lavages antiseptiques.* — Il n'emploie la ponction aspiratrice que comme complément de diagnostic, mais il repousse les aspirations successives comme méthode générale curative : elles ne font en effet le plus souvent que tuer l'hydatide mère et laissent par conséquent dans le foie

(1) Dr H. Fourestié, *Étude sur les différents traitements des abcès ossifluents externes suivie de l'exposition d'un procédé particulier de la méthode des caustiques appliqués aux abcès ossifluents externes volumineux*, th. inaug. Paris, 1876.

une membrane épaisse qui peut quelquefois se résorber ou s'enkyster, mais qui fréquemment joue le rôle de corps étranger et détermine des accidents. Il préfère le procédé dont se sert M. Verneuil, depuis plusieurs années, et qui consiste à ponctionner la partie la plus saillante de la tumeur avec un gros trocart dont la canule est pourvue d'une chemise de baudruche pour empêcher la pénétration de l'air dans la poche au moment de la sortie du liquide et des hydatides. Une grosse sonde en caoutchouc rouge, bien molle et bien malléable, est laissée à demeure dans la poche et permet l'issue facile des liquides inflammatoires et les lavages de l'intérieur du kyste avec des solutions antiseptiques ou modificatrices (solution phéniquée, teinture d'iode, etc.).

b. Grenouillette. — *Excision. — Perchlorure de fer.* — Faire suppurer la poche, telle est la meilleure indication qui met à l'abri de la récidive. M. L. Labbé soulève la tumeur avec une érigne, retranche à l'aide de ciseaux courbes toute la portion saillante au-dessus du niveau du plancher de la bouche, il remplit ensuite la partie du kyste largement ouverte avec de la charpie imbibée de perchlorure de fer pour provoquer la suppuration. Peu à peu cette cavité se comble par la formation de bourgeons charnus. Le pansement devra être renouvelé assez fréquemment et des injections d'eau alcoolisée faites fréquemment dans la cavité du kyste hâteront son oblitération. Cette excision donne lieu quelquefois à un écoulement sanguin qui peut se reproduire, mais que l'on combat avec une injection d'eau froide et l'application de rondelles d'amadou perchloruré comprimant la poche.

c. Kyste suppuré des grandes lèvres. — *Large incision. Tampon de charpie.* — Si la poche n'a pas des parois trop épaisses, le *drainage* est un mode de traitement en même temps efficace, suffisant et commode, car, une fois le tube passé, on n'a plus à se préoccuper que de faire quelques injections détersives, mais il en est autrement quand les parois sont épaisses et indurées : dans ce cas, le meilleur moyen est de pratiquer une *incision très-grande*, car une ouverture étroite aurait tendance à se refermer avant l'achèvement du travail de la membrane pyogénique, comme lorsqu'il s'agit de kystes situés au voisinage des cavités naturelles (bouche, vagin, anus, etc.). Les bords de cette incision sont maintenus écartés par un fort tampon de charpie qui, par sa présence au fond de la cavité, détermine une irritation donnant naissance aux bourgeons charnus. Ce pansement est renouvelé tous les jours.

7° AFFECTIONS DES VAISSEAUX. — HÉMOSTASE.

a. TUMEUR ÉRECTILE SOUS-CUTANÉE. — *Ligature.* — *Galvano- ou thermo-cautère.* — De crainte d'hémorrhagie à la suite de la chute des eschares, M. L. Labbé n'emploie pas l'application de la pâte de Vienne, il n'a pas recours non plus à l'ablation avec le bistouri. Il préfère la *ligature lente* à la *ligature extemporanée:* il traverse la tumeur sur ses limites par deux épingles en croix et jette derrière celles-ci un fil avec lequel il exerce sur les tissus une constriction suffisante pour supprimer toute circulation dans la masse; mortification au bout de quelques jours ; par ce procédé, il met le malade à l'abri de l'hémorrhagie et de l'infection purulente. Il emploie également, pour l'ablation de ces tumeurs même volumineuses, le galvano-cautère ou plutôt le thermo-cautère de Paquelin.

b. HÉMOSTASE. — *Bande d'Esmarch.* — *Éviter la compression trop prolongée.* — Ce chirurgien pratique l'ischémie des membres pour éviter l'écoulement sanguin pendant les opérations ; cette méthode convient surtout aux opérations de resection ou d'évidement (carie, nécrose), de ligature de bouts de vaisseaux dans une plaie, de tumeurs bien limitées, etc. Il ne croit pas devoir cependant prolonger trop longtemps cette compression, car il a vu chez un malade de la Pitié une *paralysie du nerf médian* persister pendant un mois. Pour se prémunir contre cette action, il conseillerait, au lieu du tube d'Esmarch, de faire usage de la bande de Nicaise (1).

(1) Voir le service de M. le Dr Nicaise.

HOPITAL BEAUJON

M. LE PROFESSEUR DOLBEAU (1)

1° AFFECTIONS DES OS.

a. Fractures. — *Hyponarthécie.* — M. Dolbeau emploie fréquemment pour leur traitement l'*hyponarthécie* — hamac. — Chacun des lacs qui retiennent ce hamac présente au niveau de sa partie moyenne une anse de tube en caoutchouc à laquelle les extrémités du lien sont attachées et qui donne à la suspension du membre un caractère de mollesse, de douceur et d'élasticité tout à fait particulier. Il fait aussi usage des appareils inamovibles (bandage silicaté).

b. Pseudarthrose de l'humérus. — *Suture osseuse.* — Si la pseudarthrose siége au niveau de l'extrémité supérieure de l'humérus et tout près de l'articulation de l'épaule, il est impossible de recourir à une opération chirurgicale, et le mieux est de s'adresser soit aux appareils inamovibles le plus légers possibles, soit à l'ingénieux appareil de Mathieu (fig. 122) qui est, de tous, le moins compliqué et le plus avantageux pour les usages du membre : cet appareil se compose d'un brassard (Gaujot et Spillmann), de cuir moulé sur un modèle en plâtre, formant une gaîne complète, ouverte et lacée en avant, embrassant le membre et le moignon de l'épaule dans leurs contours. Il se continue en haut avec une sorte de plastron CC moulé sur les épaules et la partie supérieure de la poitrine de manière à prendre un point d'appui aussi bien du côté sain que du côté lésé. Une courroie B maintient ce plastron en passant sous l'aisselle. Le plastron est divisé sur la ligne médiane en deux segments réunis en arrière par une charnière et en avant par deux courroies reçues dans des boucles. Chaque segment est renforcé de lamelles d'acier destinés à prévenir la déformation du cuir.

(1) 1858, chirurgien du Bureau central ; — 1862, hospice des Enfants assistés ; — 1864, hôpital de Lourcine ; — 1866, hôpital du Midi, hôpital Saint-Antoine ; — 1867, hôpital Cochin, hôpital Beaujon.

En bas, le brassard s'arrête au niveau du pli articulaire formé p
le coude fléchi à angle droit. Ses deux montants, l'un inter
l'autre externe, s'articulent à pivot au niveau du coude A avec de

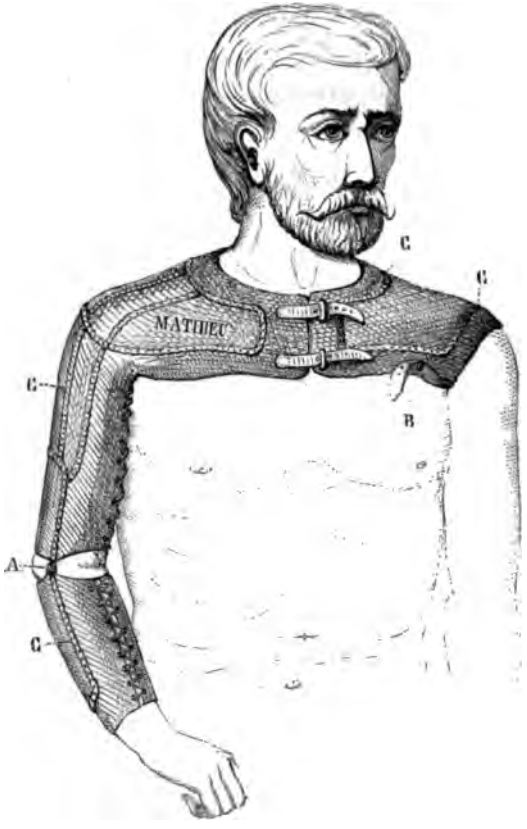


Fig. 122. — *Appareil de Mathieu pour la pseudarthrose de l'humérus.*

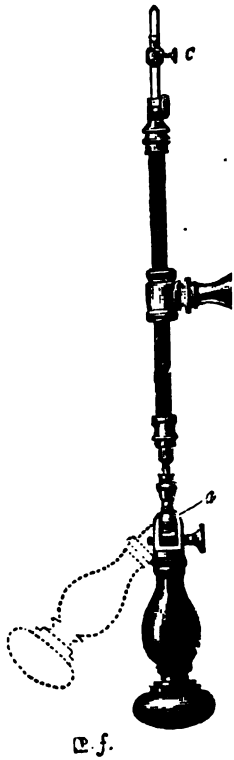


Fig. 123. *Perforateur de Feraud pour la suture*

autres montants descendant sur les faces latérales de l'avant-b
jusqu'au-dessus des poignets. Une gaîne de cuir C, fixée à ces d
nières tiges et lacée en avant, assujettit l'avant-bras sans le co
primer.

Si la pseudarthrose siége sur un autre point de l'humérus, on p
intervenir. — M. Dolbeau conseille de faire la *resection oblique
extrémités osseuses*, puis la *suture osseuse* et de prolonger l'immobil
du membre. Dans le manuel opératoire, il recommande particuliè

ment de bien isoler le nerf radial, de dépouiller l'humérus de son périoste et de pratiquer une resection *très-oblique* des fragments (1) afin de multiplier la surface d'affrontement sans rien faire perdre à l'os de sa longueur, de faire une suture qui intéresse toute l'épaisseur de la diaphyse et pour cela de perforer les deux fragments en deux points latéraux de façon à ce que l'anse soit large, médiane, et le tortillon des deux bouts médian. A cet effet, on peut se servir du perforateur de Bérenger Féraud (2), qui n'est autre (fig. 123) que

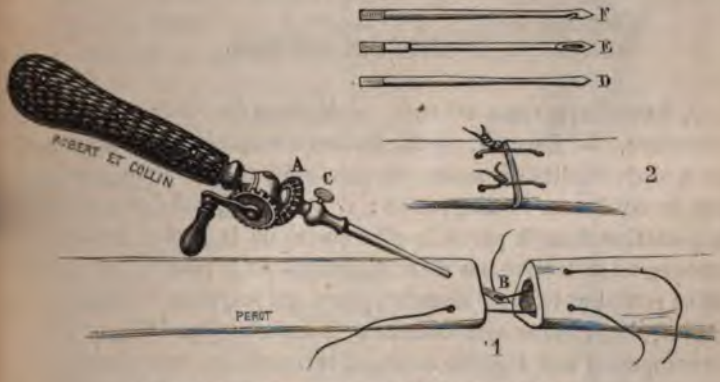


Fig. 124. — *Perforateur de Collin et Robert.*

l'outil connu sous le nom de *drill* mis en usage par les dentistes et les ouvriers en métaux légèrement modifié dans le but de l'approprier aux exigences opératoires.

Le perforateur dont se sert M. Dolbeau est celui de Robert et Collin, composé comme celui de Laugier (fig. 124) d'un arbre B mis en mouvement par une roue à angle A, mais qui s'en distingue par la forme des forets. Ceux-ci sont au nombre de 4 : le foret B, étant percé d'un chas à son bec, reçoit le fil métallique après avoir traversé les os : il suffit donc de retirer l'instrument pour que le fil soit en place, le foret F est armé d'un crochet pour attirer une anse métallique. — Le foret E est perforé dans toute sa longueur. Le foret D ne présente rien de particulier.

Il emploie un *fil de fer* fin et recuit de préférence à un fil d'argent et il conseille de tordre les fils très-méthodiquement et de

(1) Dolbeau, *Bull. génér. de thér.*, t. LXXXIX, 1875.

(2) Bérenger Féraud, *De l'immobilisation directe des fragments dans les fractures compliquées* (*Bull. Acad. méd.*, t. XXX, p. 83, 1864, et *Bull. de thér.*, p. 20, 61, t. LXXI, 1866).

noter le nombre de tours de torsion, afin de n'éprouver plus tard aucune difficulté pour les enlever.

c. GOMMES SOUS-PÉRIOSTIQUES DU CRANE. — *Traitement spécifique et tonique.* — Elles constituent un accident tertiaire qui ne réclame, au point de vue local, aucune thérapeutique chirurgicale. 1 gramme d'iodure de potassium en solution par jour, en y joignant, si le malade est cachectique, la médication reconstituante, les douches et les bains sulfureux. La durée moyenne du traitement est de 2 à 3 mois.

2° AFFECTIONS KYSTIQUES.

a. KYSTE HYDATIQUE DU FOIE. — *Méthode des adhérences.* — *Large ouverture.* — *Lavages.* — M. Dolbeau emploie l'*aspiration* à l'aide du trocart capillaire, moins comme méthode curative que dans le but de confirmer le diagnostic : il a le soin, dans ce cas, de faire la ponction dans la partie la plus élevée de la poche, afin que l'ouverture ne se trouve pas ultérieurement au niveau du point déclive où se remplira le kyste dans les jours qui suivront. Il emploie, dans ce but, l'aspirateur sous-cutané de Dieulafoy (fig. 123); cet appareil se compose d'une aiguille creuse C terminée par une pointe acérée: deux petites fentes, ménagées un peu au-dessus de la pointe, permettent aux liquides de pénétrer dans la canule, alors même que l'extrémité de celle-ci serait obstruée. Le pavillon C de la canule s'ajuste à frottement sur le corps de pompe. Celui-ci est composé d'un tube de verre fermé à son extrémité par deux plaques métalliques : la plaque inférieure supporte un tube central P et un tube latéral G munis tous deux de robinets : la plaque supérieure est percée d'un orifice qui traverse une tige métallique mettant en jeu le piston *destiné à faire le vide*. Cette tige métallique est creusée d'un pas de vis sur lequel roule un curseur taraudé E.

Il donne la préférence au procédé de Récamier consistant, par des cautérisations successivement appliquées sur la tumeur avec la pâte de Vienne, à déterminer des adhérences solides et étendues entre les parois adventives du kyste et celles de l'abdomen. Il fait alors une incision cruciale sur l'eschare et obtient ainsi une large ouverture de la poche qui laisse facilement sortir les hydatides et qui, entretenue par des mèches ou des sondes flexibles, permet aux injections détersives (eau alcoolisée, teinture d'iode, acide phénique (solution au $\frac{1}{100}$), permanganate de potasse en solution, etc.) de modifier avantageusement la surface interne et de combattre la putridité

op souvent est la cause d'accidents de septicémie. Le feuillet
e finit par apparaître au niveau de l'ouverture d'où on favorise
ie à l'aide des mors d'une pince.

GRENOUILLETTE. — *Excision.* — *cautérisation.*— Le procédé
. Dolbeau lui applique est ce-
énéralement adopté aujour-
dans lequel on excise la po-
produisant une large perte
stance sur la paroi libre; puis
utérise l'intérieur du kyste.
le crayon de nitrate d'argent
emploie et il ne répète pas
cautérisation, comme le veut
sselin.

s l'avons vu essayer avec suc-
ne méthode assez hardie que
. Anger avait appliquée avant
ns son service et qui a pour
injecter dans la poche, sans
er préalablement, deux ou
gouttes de chlorure de zinc
. La disparition du kyste s'ef-
en quelques jours sans acci-
âcheux, sans suppuration et
ucune ouverture extérieure.
ne méthode encore à l'étude,
qui a, d'après ce que nous
vu, l'inconvénient de pro-
pendant les quelques heures
ivent l'opération, une douleur
antable chez le patient. Est-
us radicale et moins sujette à
idive, qui arrive si souvent
emploi des autres méthodes,
e que l'avenir jugera.

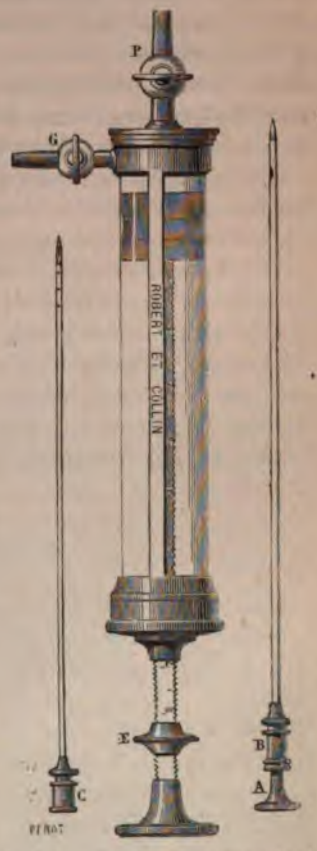


Fig. 125. — *Aspirateur sous-cutané de Dieulafoy.*

HYDROCÈLE VAGINALE. — *Injection vineuse froide.* — M. Dolbeau
nvaincu que les hydrocèles qui ont été soumises antérieure-
aux diverses opérations palliatives (ponction simple, injection
ique par la méthode Monod) sont plus sujettes que les autres
uppuration quand on est obligé d'en venir définitivement à
néthode curative ; aussi s'en tient-il, dans la thérapeutique

de cette affection, à la ponction immédiatement suivie soit de l'in jection vineuse froide, soit de celle de teinture d'iode.

Au lieu d'un gros vin choisi chargé de tannin ou d'alun chauffé comme le voulait Denonvilliers, il emploie le vin ordinaire des ma lades, sans nulle préparation et à la température ordinaire (1). Il ré sulte de sa pratique à l'hôpital Beaujon que cette injection, appliqué à l'hydrocèle simple et aux kystes de l'épididyme, donne d'aus bons résultats que l'injection iodée, avec l'avantage de n'être *nulle ment douloureuse* et de ne provoquer qu'une réaction modérée. Jus qu'ici, la guérison a été constante sans retentissement sur le testicul

Si l'hydrocèle se complique de hernie inguinale, il pratique l'é vacuation et l'injection alcoolique, d'une façon simultanée, en pro cédant de la manière suivante : faisant maintenir la hernie réduit par la main d'un aide, il enfonce le trocart d'une première seri gue d'Anel chargée d'alcool dans la partie supérieure de la poch et celui d'une seconde seringue d'Anel vide dans la portion la plu déclive, et, à mesure qu'il soutire un certaine quantité de liquid par cette dernière, il refoule dans la poche une quantité équivalent d'alcool à l'aide de la première. Cette méthode est à l'abri de tou danger et peut être suivie de guérison radicale.

3° ULCÈRES VARIQUEUX.

Ulcère indolent et atonique des jambes. — *Incision circonfé rentielle.* — Lorsque les moyens ordinaires, tels que le repos con tinu, les bandelettes de diachylon imbriquées, les applications mo dificatrices (liqueur de Labarraque, solution phéniquée ou a chloral, iodoforme, etc.) ont échoué, M. Dolbeau a recours depu quelques années à une méthode qui lui est toute spéciale et don il a obtenu les meilleurs résultats comme nous en avons été témoin à l'hôpital Beaujon.

Ce procédé, simple et efficace (2), consiste à pratiquer, tout a tour de l'ulcère et à une distance de 2 centimètres à peu pr de sa circonférence marginale, une incision circulaire qui div la peau et les tissus sous-jacents jusqu'à l'aponévrose exclusi ment. L'écoulement sanguin est en général assez modéré et s'a rête de lui-même ou en faisant une légère compression. A

(1) Dr Galvani, th. inaug., 1875.

(2) Dr Louis Lafaye, *Du traitement des ulcères de la jambe par l'incision c conférentielle*, th. inaugur. Paris, 1875.

suite de cette incision, les éléments de la cicatrice se mobilisent un peu et une grande partie des vaisseaux superficiels qui alimentaient la plaie de mauvaise nature et qui étaient la cause première de sa sécrétion ichoreuse se trouvant intéressés, cette dernière se transforme, devient bientôt le siége d'une suppuration ayant meilleur caractère et se cicatrise peu à peu des bords vers le centre : ce sont les vaisseaux profonds et centraux qui font tous les frais de la cicatrisation. Ces modifications avantageuses commencent dès les premières 48 heures qui suivent l'opération. Le Dr Nussbaum de Munich a du reste employé la même méthode sur plus de 60 cas d'ulcères indolents des jambes, et toujours avec succès.

4° AFFECTIONS OCULAIRES.

a. Epithélioma ulcéré de l'angle interne de l'œil. — *Ablation. — Blépharorrhaphie.* — La maladie est circonscrite avec le couteau tranchant, mais M. Dolbeau ne procède pas immédiatement à une autoplastie. Lorsque le travail de réparation naturelle ultérieure a rétréci la solution de continuité produite par le chirurgien, ce dernier a généralement moins à faire comme anaplastie, si tant est qu'il ait besoin d'y avoir recours. Il se contente après l'ablation du cancroïde de faire, comme Denonvilliers en avait l'habitude, la blépharorrhaphie (suture des paupières) qu'il maintient longtemps.

b. Cataracte. — *Kératotomie supérieure, petit lambeau ; sans iridectomie ; soins minutieux à apporter dans le pansement.* — C'est la kératotomie à lambeau supérieur, procédé qui lui a offert la plupart du temps un excellent résultat, que M. Dolbeau met presque exclusivement en pratique. Il fait un petit lambeau cornéen supérieur avec le couteau lancéolaire de de Græfe et divise en général la capsule cristallinienne en passant et avant de pratiquer la contre-ponction. A l'aide d'une compression légère sur le globe oculaire, les lèvres de ce petit lambeau, toujours suffisantes pour laisser échapper le noyau, se réunissent par première intention en 24 heures. Nous pouvons dire que jamais, à moins d'indication tout à fait spéciale, il n'a recours à l'extraction combinée d'iridectomie, cette dernière entre autres désavantages pouvant apporter ultérieurement des modifications fort regrettables dans l'accommodation du globe oculaire : Pensant qu'en ce moment on fait singulièrement abus de l'iridectomie dans l'opération de la cataracte, il est persuadé que l'excision de ce voile, si nécessaire à l'intégrité de la vision, a très-probablement une certaine influence sur les cas d'amaurose consé-

cutive qui s'observent parfois au bout d'un plus au moins grand nombre d'années chez les personnes qui ont été opérées de la cataracte.

Ce professeur suit du reste dans l'exécution du manuel opératoire, comme nous avons pu en être témoin dans son service, les mêmes errements que son maître Nélaton. De plus il croit, comme lui, que les soins les plus minutieux apportés au pansement doivent entrer en ligne de compte dans le succès, au moins autant, sinon plus, que l'opération elle-même.

1° Les soins préparatoires sont certainement, de tous, les moins indispensables. Une fois le malade entré, M. Dolbeau attend cependant quelques jours avant d'opérer, et le matin ou au moins la veille il tient à ce que le malade soit allé à la selle.

2° *Opération.* — Fermer l'œil non opéré avec une compresse longuette disposée en bandeau ; — préférer à l'ophthalmostat (fig. 126) les doigts d'un aide exercé pour écarter les paupières ; — emploi, pour fixer le globe, de la pique de Pamard ou plutôt de la *pince fixatrice*:

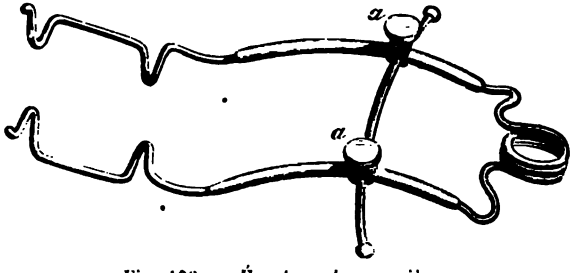


Fig. 126. — *Écarteur des paupières.*
aa, vis pour fixer à volonté les branches.

couteau à lame étroite. — Les divers temps n'offrent rien de particulier : *kératotomie* proprement dite (ponction, passage du couteau dans la chambre antérieure, contre-ponction), *kystotomie*, *sortie du cristallin.* — M. Dolbeau opère les malades couchés.

3° *Pansements, soins consécutifs.* — S'assurer si le petit lambeau est bien en place. — Le pansement consiste dans l'application verticale de petites bandelettes minces de taffetas mouillé sur les deux paupières rapprochées l'une de l'autre et sans effort par le malade, dans celle de petits plumasseaux allongés de charpie douce, à brins complétement parallèles, dont on couvre également les yeux et la racine du nez, enfin dans celle d'une compresse longuette pouvant faire le tour de la tête et échancrée en avant pour

recevoir l'extrémité du nez : — rideaux verts entourant le lit ; — repos le plus absolu. On peut employer également à cet effet la fronde oculaire (fig. 127 et 128).

Même lorsque l'opéré n'accuse aucune espèce de douleur, M. Dolbeau visite l'œil le lendemain, et pour procéder à cet examen il

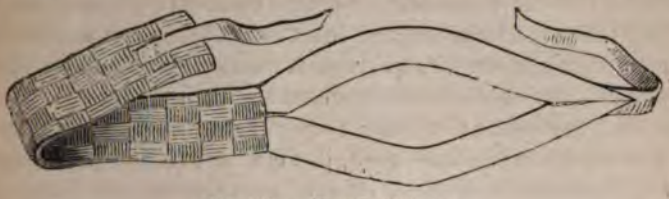


Fig. 127. — *Fronde oculaire.*

recommande de ne faire éprouver aucun ébranlement à la tête, ni directement ni indirectement, par des secousses imprimées au lit du malade ; il engage ce dernier, à plusieurs reprises, à ne faire aucun effort et lui parle avec douceur en lui adressant quelques

Fig. 128. — *Application de la fronde oculaire.*

paroles encourageantes ; on l'aide à s'asseoir doucement sur son séant et on détache le bandeau en arrière : il est immédiatement replacé dans le décubitus dorsal, la tête un peu élevée, et on retire le pansement.

Il faut avoir bien soin de n'exercer aucun tiraillement sur les

paupières, et pour enlever commodément la charpie et les bandelettes de taffetas, ce chirurgien fait usage, à l'exemple de Nélaton, d'un pinceau trempé dans de l'eau tiède avec lequel il humecte et décolle cette charpie : une fois le pansement complétement retiré, il ne relève pas la paupière supérieure avec les doigts, comme on le fait d'habitude, de peur d'exercer la moindre pression sur le globe oculaire, il engage simplement le malade à écarter de lui-même les paupières, ce qui permet bien suffisamment au chirurgien de s'assurer si les choses marchent à souhait. Avant de pratiquer le second pansement et pour faire pénétrer quelques gouttes de la solution atropinée dans l'œil, il n'écarte pas non plus les paupières, il engage le malade, comme le faisait encore Nélaton, à relever le menton et verse, dans l'angle interne transformé en véritable godet, le liquide qui pénètre de lui-même au moment où l'œil s'ouvre. — Tous ces soins peuvent paraître minutieux et même puérils, mais c'est en les observant de point en point (et nous nous y associons absolument) qu'on peut espérer la guérison.

c. OPHTHALMIE SYMPATHIQUE.—*Énucléation de l'œil congénère, conservation de la conjonctive.— Œil artificiel.* — M. Dolbeau admet deux formes principales d'ophthalmie sympathique : *dans la première*, dite congestive ou *hypérémique*, le bulbe de l'œil subit des altérations variables dans leur degré, mais qui se rapportent principalement à celles de l'irido-choroïdite : des dépôts plastiques se font soit dans les milieux, soit dans l'épaisseur des membranes ; *dans la seconde* forme, qu'il nomme *anémique*, il y a lésion de nutrition de tout l'organe qui finit par subir les diverses phases de ramollissement. — Qu'on ait affaire à l'une ou à l'autre de ces ophthalmies, le devoir du chirurgien pour empêcher l'œil sain de se perdre en totalité, est de se hâter d'enlever le globe oculaire primitivement atteint ou le moignon qui reste. Afin de faire, après l'opération, bénéficier le malade d'un œil artificiel, on doit chercher à conserver, dans la limite du possible, la muqueuse oculo-palpébrale ; c'est pourquoi M. Dolbeau, après avoir incisé cette muqueuse autour de la cornée, la dissèque sur le globe, coupe les muscles à leurs insertions sclérotiques, puis termine par la section du nerf optique.

5° AFFECTIONS DES MEMBRES.

a. LUXATION DE LA CUISSE. — *Flexion combinée avec la rotation.* — Desprès père a eu l'honneur, en 1835, d'ériger en méthode cette *flexion combinée avec la rotation de la cuisse en dehors*. C'est là un pro-

cédé excellent, applicable, selon M. Dolbeau, à toutes les luxations récentes de la cuisse, quelle que soit la variété, et qu'il conseille d'essayer avant toute espèce de méthode de force (1). A cette époque, sur 11 luxations où ce professeur l'a employée (8 ilio-ischiatiques, 2 ilio-pubiennes, 1 ischio-pubienne), il a pu obtenir une réduction complète et même facile, sans avoir recours à aucun aide et en prenant soin de chloroformiser les malades.

Il y a plus, ce chirurgien se plaît à penser qu'à où la force échoue, la méthode de Desprès peut réussir à dégager la tête du fémur et à lui faire traverser la déchirure de la capsule, ce qui permet de la remettre en place dans la cavité cotyloïde.

b. Luxation du coude en arrière (ancienne). — *Appareil de Robert et Collin*. — Les méthodes de douceur n'étant plus susceptibles

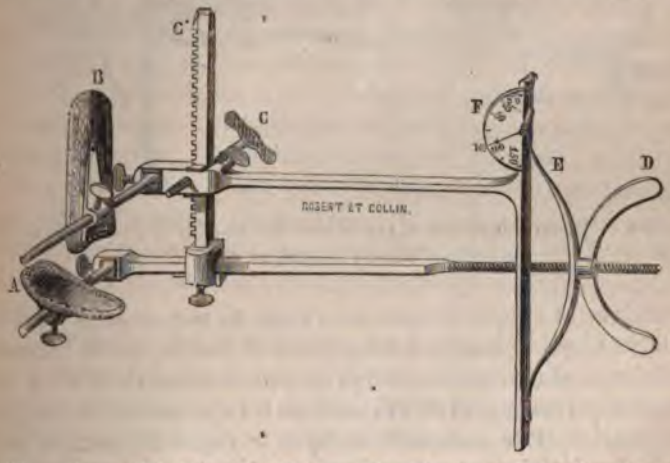


Fig. 129. — *Appareil de Robert et Collin pour la réduction de la luxation du coude.*

d'être appliquées, M. Dolbeau fait usage pour ces luxations de l'ingénieux appareil spécial de MM. Robert et Collin dont il a eu plusieurs fois à se louer. Il se compose (fig. 129 et 130) d'une plaque de métal A bien rembourrée, conformée de façon à saisir et à loger l'olécrâne, c'est ce qui constitue le moyen de préhension de l'extension. La contre-extension est faite par la plaque B qui appuie sur la face antérieure du bras (Gaujot et Spillmann). Ces plaques sont supportées par deux forts montants réunis à angle droit avec les leviers qui constituent la portion active de l'appareil. Leur assemblage avec

(1) Dolbeau, *Réduction des luxations de la cuisse par la flexion combinée avec la rotation* (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, octobre 1868, t. XXXIII, p. 957).

les tiges, opéré par une coulisse munie d'une vis de pression, leur laisse une certaine mobilité qui permet de les avancer ou de les incliner plus ou moins, suivant qu'il est nécessaire pour leur ajustement exact. Le levier est constitué par deux branches disposées

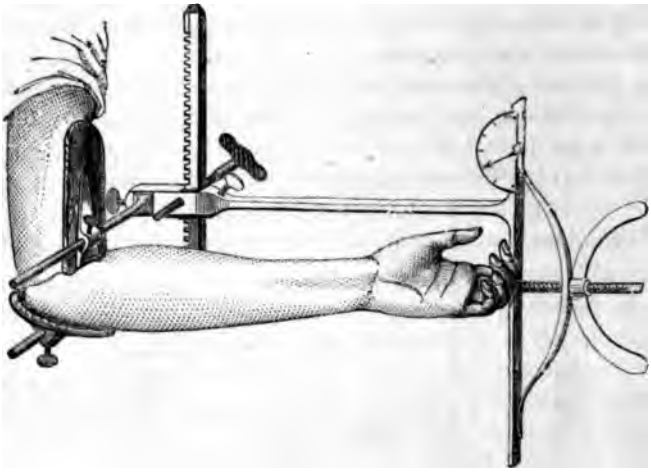


Fig. 130. — *Appareil de Robert et Collin pour la réduction de la luxation du coude. Appareil appliqué.*

parallèlement et mobile l'une sur l'autre au moyen de la tige à crémaillère C' qui donne la faculté d'élever plus ou moins la branche supérieure, et avec elle la plaque de contre-pression, et de la vis de rappel D qui est l'agent de l'extension. Un dynamomètre, formé par le ressort E et le cadran F, indique le degré de traction exercé par la tige inférieure terminée par la pelote A.

c. MAL PERFORANT DU PIED. — *Emploi de divers topiques.* — *Resection ou ablation d'une partie du squelette.* — Dans la pathogénie de cette affection encore bien obscure, malgré les nombreuses recherches modernes, M. Dolbeau fait jouer un rôle important aux lésions vasculaires (dégénérescence athéromateuse des artères, gêne de la circulation capillaire, perte de vitalité des tissus, apparition, formation, ténacité et récidive du mal plantaire). Dans certains cas il a tendance à regarder cette altération artérielle comme intimement liée à *un trouble d'innervation des parois vasculaires* (nutrition modifiée) : C'est là, dit-il, une manière de voir qu'il ne donne que sous toute réserve, et, à l'appui de cette assertion, il cite entre autres faits celui d'un terrassier âgé de 45 ans qui, un an après la guérison

d'une fracture de la colonne vertébrale accompagnée de paraplégie incomplète et persistante, fut pris d'un mal perforant.

Je ne puis mieux faire que de rapprocher de cet exemple un autre cas de même nature et également curieux que nous avons observé à l'hôpital Necker, en 1875, au moment où nous remplacions M. Désormeaux. — Il s'agissait d'un jeune homme de 28 ans qui avait eu, 5 ou 6 ans auparavant, le rachis fracturé ; une gibbosité dorsale des plus manifestes ne laissait aucun doute à cet égard : après l'accident, il avait du reste présenté une paraplégie complète accompagnée de troubles du côté de la miction et de la défécation : il avait pu toutefois guérir, et, sa paraplégie diminuant, il avait repris son travail : les deux membres étaient sensiblement atrophiés, mais principalement celui du côté droit, et, depuis un an, il avait vu se développer sur la face plantaire du 5e métatarsien droit un durillon qui n'avait pas tardé à se convertir en un véritable mal plantaire : sur la plante du pied gauche se remarquaient aussi plusieurs indurations épidermiques qui n'attendaient probablement qu'une occasion pour suivre la marche progressive qui est le propre de cette singulière affection : évidemment chez cet homme il existait un trouble profond de nutrition sous la dépendance d'une lésion de l'innervation des parois vasculaires.

On comprend sans peine le peu d'efficacité qu'a un traitement quelconque sur un mal perforant qui reconnaît pareille cause traumatique.

La *cautérisation* avec le fer rouge avec ou sans *abrasion* préalable des fongosités qui tapissent le trajet fistuleux a pu cependant dans certains cas améliorer l'état du malade. M. Dolbeau (1) emploie également divers *topiques*, tels que la *teinture d'iode*, les diverses *préparations alcooliques*, *l'acide phénique*, *l'acide acétique*, *le chlorate de potasse*, etc. C'est surtout à l'usage alternatif de chacun de ces médicaments qu'il s'adresse : il essaie l'un d'eux et quand il voit qu'il ne se produit aucun changement dans la plaie, il passe à un autre, et ainsi de suite. Il a recours enfin à une opération plus radicale (*resection osseuse*) ; mais, quand il y a déjà eu récidive, comme on sait avec quelle rapidité réapparaît le mal, il aime mieux s'abstenir et se borner à des applications topiques, cette affection pouvant du reste rester stationnaire et ne faire que des progrès assez lents.

d. Exostose sous-unguéale. — *Méthode de Debrou.* — *Ablation.* — Anesthésie locale avec la pulvérisation de l'éther. M. Dolbeau a

(1) Dolbeau, *Leçons de Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu*, 1867.

recours à l'ablation, qui est adoptée du reste par la plupart des chirurgiens. Il croit le procédé de l'*abrasion* (Dupuytren) insuffisant, comme l'*extirpation* du pédicule avec la gouge et le maillet (Malgaigne), mais il ne va pas jusqu'à désarticuler la phalange, comme le voulait Liston. Il ne croit pas non plus beaucoup à l'efficacité des cautérisations à la suite de la simple abrasion et préfère le procédé devenu classique de Debrou, qui consiste à pratiquer l'ablation de toute la partie antérieure de la phalangette avec une pince de Liston après avoir disséqué avec soin toutes les parties molles périphériques avec le bistouri. De cette manière la matrice est conservée et peut reproduire ultérieurement l'ongle, ce qui est d'un grand avantage au point de vue de la forme de l'orteil.

6° AFFECTIONS DE L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE.

a. CALCUL VÉSICAL. — *Lithotritie périnéale.* — Comme le dit M. Dolbeau (1), cette opération (taille par dilatation) n'est pas destinée à remplacer la lithotritie, elle a pour but d'agrandir le domaine de la lithoclastie et de restreindre les applications de la lithotomie. — Elle a sur tous les autres modes de taille (latéralisée, bilatérale) l'incontestable avantage :

1° De ne pas diviser les conduits éjaculateurs ;

2° De respecter sûrement le bulbe ;

3° D'éviter la section des sinus veineux du col vésical et de la prostate et, par conséquent, d'exposer beaucoup moins le malade aux hémorrhagies et aux accidents de phlébite ou de pyohémie.

Elle consiste dans la *combinaison de la dilatation uniforme du col* avec la *fragmentation des calculs dans la vessie*, et voici quels sont les préceptes suivis par ce professeur dans le cours de cette opération que nous lui avons vu pratiquer à l'hôpital Beaujon.

Malade disposé et cathéter à large cannelure introduit dans la taille ordinaire (fig. 131).

Premier temps. — *Section du périnée :* boutonnière médiane de 2 centimètres située immédiatement en avant de l'anus, introduction de l'index dont l'ongle va sentir la cannelure du cathéter.

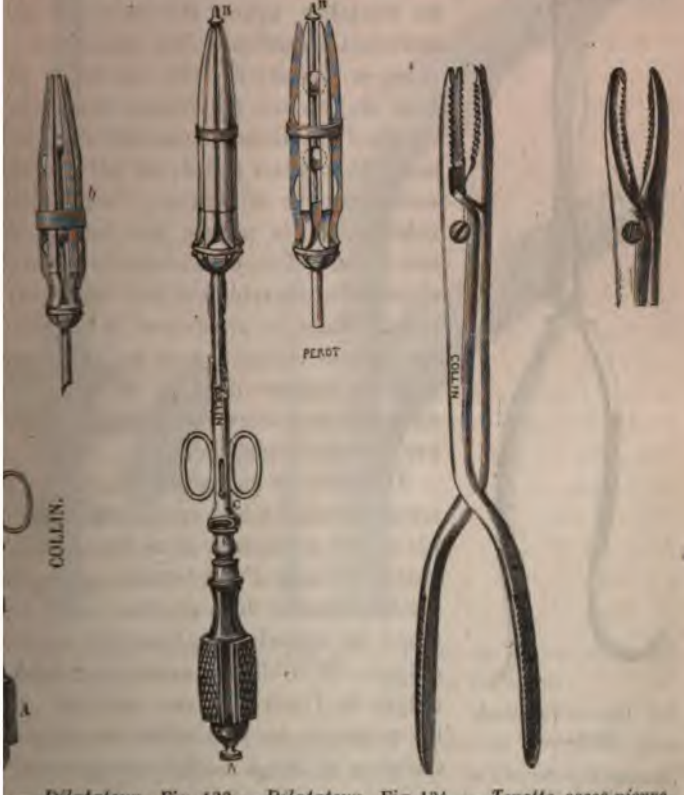
Second temps. — *Dilatation* lente, graduée, uniforme, ayant pour but de convertir la plaie périnéale, la portion prostatique et le col en un véritable trajet cylindrique de 2 centimètres de diamètre.

(1) Dolbeau, *De la Lithotritie périnéale ou nouvelle manière d'opérer les calculeux.* Paris, 1872.

ilatateur imaginé par ce professeur est composé de *six bran-*

Fig. 131. — *Cathéter cannelé.*

étalliques appliquées les unes contre les autres par une virole utchouc et représentant, quand elles sont rapprochées com-



. — *Dilatateur* *branches du* *r Dolbeau.*

Fig. 133. — *Dilatateur modifié du docteur Dolbeau.*

Fig. 134. — *Tenette casse-pierre, dernier modèle, du docteur Dolbeau.*

ient, un cône allongé (fig. 132) : pour permettre aux branches

de s'écarter et de produire la dilatation des tissus, il suffit d'imprimer au manche A un mouvement de rotation par lequel deux boules représentées en *b* quittent les échancrures où elles sont logées quand l'instrument est au repos. Ces boules, en se déplaçant, écartent les six branches de l'instrument jusqu'à une distance maximum de 2 *centimètres*. Par le mouvement de rotation du manche en sens inverse les branches se rapprochent parce que les boules rentrent dans leurs excavations.

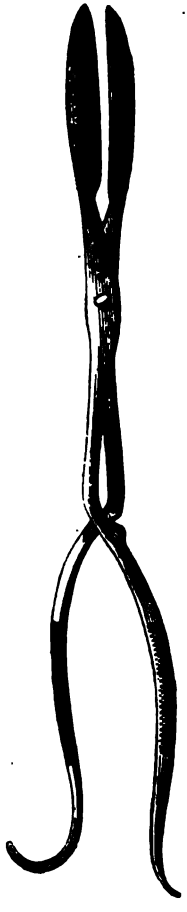


Fig. 135. — *Tenette de Dolbeau.*

Premier et second temps. — Voici comment on manœuvre cet instrument : la ponction de l'urèthre ayant été faite, le chirurgien introduit l'extrémité du dilatateur dans la plaie et s'assure si cette extrémité se trouve bien en contact métallique immédiat avec le cathéter (absolument comme avec la lithotomie); le cathéter retiré, on fait graduellement une première dilatation ; l'instrument étant refermé, on le pousse plus loin et on dilate une seconde fois, puis successivement (rapprochement et écartement des branches) on arrive à dilater la prostate et le col vésical dont les veines volumineuses ne se trouvent pas divisées comme dans la taille ordinaire. Le doigt pénètre alors facilement dans la vessie, par le trajet constitué.

Troisième et quatrième temps. — Ces deux temps se confondent ensemble si la pierre est petite. Ils consistent dans l'*exploration* de la vessie à l'aide d'une tenette qui permet de se rendre compte de la grosseur et de la consistance du calcul, puis dans l'*extraction* de ce dernier. M. Dolbeau, ayant remarqué que les doigts de l'opérateur sont souvent contus par les anneaux de la tenette, a supprimé ces derniers et les a remplacés par deux crochets (fig. 135) au-dessous desquels se trouve un manche d'ébène.

Si la pierre est trop volumineuse pour sortir par la plaie, M. Dolbeau introduit dans la vessie un *casse-pierre* (fig. 134) ou *tenette broyante* d'une grande puissance avec lequel il ronge ou bien con-

e le calcul en autant de fragments qu'il le juge convenable;
là le troisième temps de l'opération, le dernier consistant tou-
à extraire tous ces fragments avec la tenette, et cela dans une
et même séance. Nous l'avons vu faire aussi des injections vé-
par la plaie (sonde molle en caoutchouc), dans le but de

6. — *Lithoclaste de Dolbeau* (réduction au cinquième).

Fig. 137. — *Le bec du même instrument* (grandeur naturelle).

ire le déplacement des morceaux de calcul et de rendre plus
l'exploration par les tenettes et le jeu de ces instruments.
les cas où la pierre est très-dure et d'un volume considérable,
lbeau fait usage du *lithotriteur* ou *lithoclaste* représenté figu-
6 et 137, qui est très-fort et à pignon, analogue à ceux de ce
mais qui en diffère cependant par la moins grande longueur

des branches et le plus grand volume de chacune d'elles : l'ensemble de l'instrument présente un diamètre de 16 millimètres; les fragments produits par cet instrument sont ensuite repris un à un avec un lithotriteur à mors plats.

Le pansement ultérieur est des plus simples; d'une façon générale, on se dispense de laisser une sonde à demeure soit dans l'urèthre, soit dans la plaie périnéale sur laquelle se trouve appliqué un petit plumasseau de charpie trempée dans de l'eau alcoolisée. Il est habituel de voir les malades, au bout d'un laps de temps quelquefois fort court, retenir volontairement leur urine et l'expulser par l'urèthre.

Nous renvoyons du reste le lecteur, pour des détails plus étendus, aux considérations que ce professeur a émises en 1874 (1).

En résumé, voici quels sont les avantages présentés par cette opération qui, disons-le cependant, ne doit pas être considérée comme facile :

1° Petitesse de l'incision — on évite facilement le bulbe;

2° Les canaux éjaculateurs non intéressés;

3° Chances bien moindres de l'hémorrhagie et des accidents de phlébite et d'infection purulente;

4° Conservation de la fonction du col vésical, malgré sa dilatation;

5° Extraction de très-grosses pierres, grâce à leur fragmentation.

Disons maintenant un mot de quelques modifications, d'une importance plus ou moins grande, qui ont été apportées à l'appareil instrumental tel que nous venons de le passer en revue rapidement, mais qui ne touchent en rien aux règles qui ont été posées par M. Dolbeau.

Et d'abord les pointes, mousses cependant, qui terminent les six branches du dilatateur, pouvant contondre, déchirer les tissus ou s'y accrocher; M. Trélat a voulu conjurer ces inconvénients en adaptant (fig. 132) sur la boule supérieure une tige surmontée d'un capuchon ou *petit chapeau chinois* (BB) également métallique, qui est destiné à masquer ou coiffer les extrémités pointues des branches quand l'instrument est au repos. M. Caudmont a présenté à la Société de médecine de Paris (2) une observation dans laquelle, durant le cours de l'opération, ce petit chapiteau s'était tordu ou luxé (la responsabilité en incombe seulement au fabricant, bien entendu), ce

(1) Dolbeau, *Lettres sur l'État de la lithotritie périnéale en France* (*Bulletin général de thérapeutique méd. et chir.*, juillet et août 1874).

(2) Caudmont, *Bull. de la Société de médecine de Paris*, 1874.

qui avait singulièrement gêné la manœuvre du dilatateur. — Enfin M. Duplay (1) a proposé un nouveau dilatateur, qui repose à peu près sur les mêmes bases que le divulseur de M. Voillemier (pour les rétrécissements uréthraux) et que M. Guyon, dans la même séance, a revendiqué comme étant sa propriété ; ce dernier chirurgien cependant ne s'en serait servi que sur le cadavre, tandis que M. Duplay l'a employé et avec succès deux fois sur le vivant. Ce nouveau dilatateur, composé d'un *conducteur* et de *quatre branches métalliques* qui s'écartent par un mécanisme particulier, aurait l'avantage de faire la dilatation en un seul temps.

Parfois, la *tenette* ayant saisi le calcul, ce dernier se trouve trop gros pour être extrait et comme, d'autre part, l'articulation ne permet pas au chirurgien d'augmenter l'écartement du mors, l'opérateur se trouve dans un grand embarras puisqu'il ne peut ni amener la pierre au dehors, ni la rejeter dans la cavité vésicale : pour parer à ces accidents, M. Duplay a disposé l'articulation des deux branches beaucoup plus près des mors, de façon à ce que l'instrument ne puisse embrasser un calcul plus gros que le trajet par où il doit sortir : d'autre part, si le calcul trop volumineux est très-dur, les extrémités des tenettes tranchantes peuvent mordre sur lui. — Enfin le même chirurgien a aussi modifié les tenettes dont il a *courbé* les mors et *aiguisé les bords*, et a appliqué au *casse-pierre* la modification de l'articulation des mors que nous venons de signaler pour la tenette.

7° INFLAMMATIONS.

Phlegmon de la main et de l'avant-bras. — *Incisions suivant le trajet des vaisseaux.* — D'après ce professeur (2), les lymphatiques du membre supérieur jouent un rôle beaucoup plus important qu'on ne l'avait jusqu'ici supposé. Tous ces phlegmons ou abcès seraient (3) le résultat d'une angioleucite suppurée des troncs lymphatiques profonds de l'avant-bras. Les collections purulentes du reste ont un siége absolument fixe : elles correspondent exactement au trajet des artères principales du membre, radiales, cubitales, interosseuses : elles fusent, quand elles sont abandonnées à elles-mêmes, dans tous les sens et dissèquent les différentes couches de l'avant-bras. Il est indiqué de les ouvrir de bonne heure et de faire pour

(1) Duplay, *Bull. de la Soc. de chir.*, 24 novembre 1875.
(2) Dolbeau, *Bull. thérap.*, 29 février 1872.
(3) H. Chevalet, *Des phlegmons angioleucitiques du membre supérieur*, th. inaug., 1875.

cela de longues incisions rappelant exactement celles qui sont recommandées pour pratiquer méthodiquement la ligature des artères du membre. De cette façon, on est certain de rencontrer la gaine où se trouve le pus et on évite la blessure des gros troncs.

L'incertitude du diagnostic faisait qu'on différait trop longtemps dans la crainte de plonger le bistouri au hasard dans une région très-vasculaire. Par le procédé de M. Dolbeau, on a un moyen sûr d'aller rechercher le pus, alors que la fluctuation est encore très-douteuse. Ce professeur, généralisant cette manière de voir, serait disposé à croire que ce qu'on appelle les abcès de la gaîne du biceps, de la gaîne du couturier, ne sont que des *angioleucites trabéculaires profondes suppurées.*

M. LE PROFESSEUR LÉON LE FORT (1)

1° AFFECTIONS OCULAIRES.

a. Ectropion. — *Hétéroplastie.* — M. Le Fort a essayé une fois avec un plein succès la transplantation d'un lambeau comprenant tout le derme pris chez le malade lui-même et complétement détaché, sur une surface cruentée préparée à dessein au niveau de la paupière. Voilà comment il a conduit cette opération *auto-hétéro-plastique*: il pratique sur la paupière, de façon à réduire l'ectropion, une incision horizontale aux extrémités de laquelle tombent deux autres incisions verticales: il résulte, après la dissection et le retrait du bord libre de la paupière, une surface saignante, sur laquelle il fixe, sans employer de suture, mais seulement à l'aide des bandes collodionnées, un petit lambeau détaché entièrement, comprenant toute l'épaisseur du derme et qu'il a emprunté à la face externe du bras.

b. Entropion. — Trichiasis. — *Excision linéaire. Mouvement de bascule de la paupière.* — L'arrachement des cils qui se pratique avec une petite pince (fig. 138) dont les mors recourbés se terminent par une surface plate n'est la plupart du temps qu'une méthode pal-

(1) 1863, chirurgien du Bureau central; — 1865, hôpital du Midi; — 1867, hôpital Cochin; — 1872, hôpital Lariboisière; — 1872, hôpital Beaujon.

liative. La physiologie pathologique du trichiasis est facile à saisir et conduit au mode de thérapeutique employé par M. Le Fort. Le début se fait par la *blépharite chronique* qui intéresse les *bulbes pileux*. Ces derniers s'atrophient, se rapetissent et en se rétractant attirent peu à peu les cils en arrière. Le contact des cils sur la

Fig. 138. — *Pince à arrachement des cils.*

face antérieure de la cornée détermine le *blépharoptose* (cilgnement des paupières) qui, par le fait du retournement des cils, devient lui-même la cause de l'irritation du globe oculaire. De plus il vient s'ajouter encore un *phimosis palpébral* qui exagère le renversement du bord libre en dedans. M. Le Fort enlève une portion linéaire, non pas de ce bord libre, mais de la *face antérieure* de la paupière, et il réunit les deux bords de la solution de continuité par une suture, de façon à faire éprouver un mouvement de bascule antérieur à cette paupière.

c. Kérato-conjonctivite chronique à répétition. — *Tonsure conjonctivale.* — M. Le Fort emploie volontiers, après avoir épuisé tous les moyens préconisés contre cette affection rebelle, la tonsure conjonctivale suivie ou non immédiatement du badigeonnage avec la solution au nitrate d'argent dont Furnari ne manquait pas de faire un usage constant. Pour que cette tonsure ait quelque chance d'avoir un résultat un peu efficace, il pense avec juste raison qu'il est nécessaire de la répéter sur le même œil un certain nombre de fois et de ne point se contenter d'une seule opération.

d. Blessure de l'œil (Plaie de la cornée). — *Compression. Atropine. Cautérisation.* — Dans ce cas, généralement, les lèvres de la solution de continuité sont plus ou moins saillantes en avant, parce que l'orifice tend toujours à s'ouvrir en raison de la tension intra-oculaire. La première indication est donc d'exercer à la surface du globe de l'œil une légère *compression* qui s'oppose à ce que l'ouverture de la plaie cornéenne s'agrandisse. — En pareille circonstance, souvent l'iris, perdant sa coloration normale, devient le siége d'une inflammation et va se fixer au fond de la plaie de la cornée ; il y a, par conséquent, une seconde indication à remplir : empêcher la hernie de ce diaphragme : on y satisfait par l'emploi de collyre à *l'atropine.* Dans ces kératites traumatiques, la photophobie est en général modérée, et, en tout cas, bien moindre que

dans les kératites spontanées: il n'y a donc aucune indication c
gence à remplir à cet égard. Enfin M. Le Fort ne serait pas élo
de croire à l'efficacité d'une légère *cautérisation* des lèvres de la p
cornéenne.

e. GLAUCOME AIGUE. — *Paracentèse sclérotícale.* — Selon M. Le F
cette affection ne serait qu'une *hydropisie de la séreuse* qui sé
la choroïde de la sclérotique : cette lésion en explique du n
tous les symptômes. Il rejette donc les théories de de Græfe e

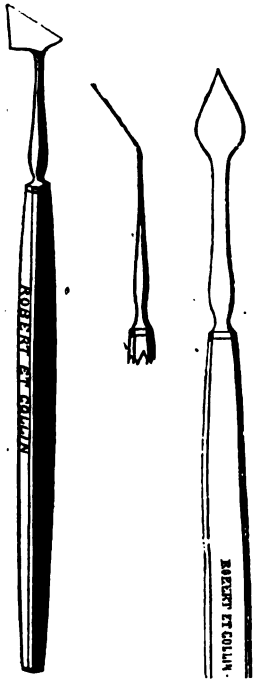


Fig. 139. — *Couteaux lancéolaires.*

Fig. 140. — *Aiguille à paracc de la cornée de Desmarres.*

Hancock et les moyens qu'ils emploient (iridectomie et sectio
muscle ciliaire) et préconise simplement (1) la paracentèse s
roticale de l'œil qu'il pratique soit avec le couteau lancéol
(fig. 139), soit avec l'aiguille à paracentèse de Desmarres (fig. 1
Il a employé cette méthode deux fois avec un résultat rapidem
heureux.

(1) Le Fort, *Association scientifique française*, 1872.

2° AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES (HOMME ET FEMME).

a. Exstrophie de la vessie. — *Autoplastie par lambeaux préputial et abdominal.* — Dans un cas, chez un jeune garçon de 15 ans, M. Le Fort a essayé de reconstituer, par l'autoplastie, la paroi antérieure de la vessie et la paroi supérieure du canal de l'urèthre. Ce chirurgien a mis à profit, dans cette circonstance, toute la longue portion du prépuce qui pendait au-dessous de la verge et qui lui a paru pouvoir, en raison de sa grande laxité, lui servir de lambeau inférieur : quant au supérieur, il l'a emprunté, comme d'habitude, à la paroi abdominale. Voici comment il a procédé dans la taille de ces lambeaux autoplastiques. Trois temps :

1er *temps :* Saisissant toute la partie pendante du prépuce, il fit à travers toute son épaisseur une incision longitudinale parallèle à la verge, il la détacha en entier par la dissection, à l'aide du bistouri, de la face inférieure du pénis, la laissant adhérer par ses deux extrémités aux bords de ce dernier organe qu'il respecta de façon à diminuer les chances consécutives d'infiltration urineuse ; puis il sectionna ce lambeau transversalement en arrière, au point de jonction du fourreau de la verge avec le scrotum. M. Le Fort fit alors basculer ce *pont ou lambeau préputial* par-dessus la verge, dont l'extrémité glandaire passa facilement par le trou qui venait d'être pratiqué.

2e Temps. — Six semaines après que ce premier lambeau est revenu à son état normal, il pratique l'*autoplastie abdominale*, il taille sur la paroi abdominale un lambeau en demi-cercle ayant 6 centimètres de diamètre, le détache, le rabat sur la vessie (la face épidermique devient vésicale, la face cruentée extérieure) et réunit son bord libre avec le bord du prépuce avivé (sutures métalliques). Il y eut un échec que M. Le Fort répara par une nouvelle suture : une grande partie de la muqueuse vésicale fut recouverte.

3e Temps. — Huit mois après, troisième opération partielle, nouveau *tablier abdominal* détaché et rabattu et introduit entre le prépuce dédoublé par le bistouri. Comme moyen de suture, M. Le Fort employa une suture enchevillée de disposition nouvelle; un bout de sonde percé de trous équidistants par où étaient passés des fils métalliques fut introduit dans la cavité nouvelle, les fils furent conduits à travers les plaies superposées et leurs chefs vinrent se fixer à l'aide de tubes de Galli dans des orifices percés sur un second bout de sonde placé à l'extérieur. Pour retirer les fils, il suffit de cou-

per les chefs extérieurs et de les retirer par une des deux ouvertures latérales non encore oblitérées avec le bout de sonde intérieure. Enfin il combla les deux fentes latérales en pratiquant de chaque côté et à des époques différentes deux incisions transversales réunies par une troisième oblique et en formant ainsi un lambeau

Fig. 141. — *Urinal de nuit du docteur Bouloumié.*

quadrilatère qu'il fixa aux bords des lambeaux abdominal et préputial. Il obtint ainsi la *formation d'une paroi vésicale antérieure*. Le malade, qui porte un urinal analogue à celui de la figure 141, marche facilement, se livre à ses occupations et gagne sa vie en travaillant.

Cette méthode autoplastique diffère de celle du professeur Nélaton en ce que, au lieu de prendre un lambeau scrotal, M. Le Fort se contente de tailler un lambeau préputial : elle est donc en quelque sorte subordonnée à la longueur du prépuce qui, pour y satisfaire, doit être de toute nécessité assez considérable.

b. Prolapsus utérin. — *Cloisonnement antéro-postérieur du vagin (nouveau procédé).* — Les procédés ordinaires applicables à cette infirmité ne le satisfont que fort médiocrement (1). L'excision linéaire de quelques plis du vagin (Dieffenbach, Marshall-Hall), la cautérisation (Laugier, Desgranges, Velpeau), l'excision sur la paroi antérieure de deux lambeaux de muqueuse, séparés par un intervalle et réunis par la suture (Jobert) ne donnent, selon lui, que des résultats incomplets. — Il en est de même de celui de Sims (2) avi-

(1) Le Fort, *Bull. de la Soc. de chir.*, 14 février 1877.

(2) L. Le Fort, *Nouveau procédé pour la cure du prolapsus utérin* (*Bull. gén. de thérapeutique*, 30 avril 1877).

vements sur la paroi antérieure du vagin, réunis en bas, espacés en haut) et de celui de Panas (même que Sims avec adjonction d'un avivement transversal à la base du V transformé par cela même en un triangle).

M. Le Fort, faisant remarquer qu'en pareil cas l'utérus ne sort qu'attiré au dehors par la cistocèle a cherché à réunir par la suture les parois antérieure et postérieure du vagin pour s'opposer à ce prolapsus : c'est *cloisonner le vagin*, disposition qui ne gêne pas du tout la copulation (1). — Dans ce procédé, il n'est pas nécessaire de réduire l'utérus, ce qui est indispensable dans les autres : avivement (longueur de 6 centimètres, largeur de 2 centimètres)

Fig. 142. — *Prolapsus utérin.*

U, utérus en prolapsus; V, vessie; R, rectum; UR, ouverture de l'urèthre ; A, avivement antérieur ; B, avivement postérieur (2).

sur les deux parois vaginales antérieure et postérieure et portant sur la partie la plus rapprochée de la vulve (fig. 142 A, B); juxtaposition de ces deux surfaces après avoir repoussé l'utérus et application de trois points de suture sur ce bord transversal (fig. 143),

(1) L. Le Fort, *Des vices de conformation de l'utérus et du vagin, et des moyens d'y remédier*, th. agrégat. Paris, 1863.

(2) Je dois les quatre figures 142 et 143, 148, 149 à l'obligeance de mon ami M. le Dr Dujardin-Beaumetz, secrétaire de la rédaction du *Bulletin de thérapeutique*.

puis successivement suture des bords latéraux correspondants en passant le fil, de la plaie faite à la paroi vésico-vaginale à la plaie faite à la paroi vésico-rectale; une fois la suture achevée, la réduction de l'utérus est complète. Comme les fils, après la guérison,

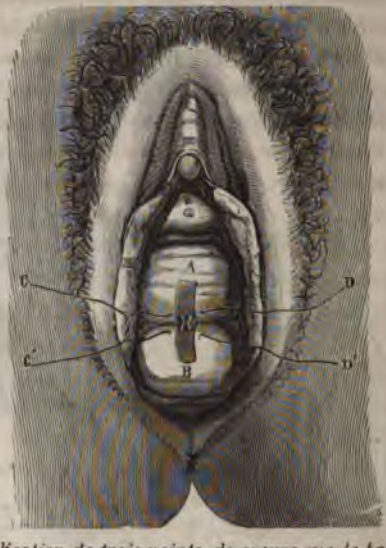


Fig. 143. — *Application de trois points de suture sur le bord transversal de l'utérus.*

sont profondément logés, leur laisser une assez grande longueur dans leur partie tordue pour les saisir et les extraire facilement.

c. RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTHRE. — *Dilatation immédiate progressive.* — M. Le Fort emploie cette méthode depuis sept ans avec les résultats les plus favorables d'après une communication qu'il a faite à l'Académie (1). Ce procédé consiste à placer dans l'urèthre pendant 24 heures une bougie dont la présence dans le rétrécissement a pour résultat d'enflammer légèrement les tissus, de les ramollir et de les rendre plus extensibles. Cette bougie porte un ajutage métallique, auquel se visse un premier cathéter conique dont la partie la plus large a 3 millimètres de diamètre; le cathéter, poussant devant lui la bougie qui le guide et l'empêche de faire fausse route, est engagé dans le rétrécissement, dont il commence la dilatation; on le retire et il entraîne avec lui la bougie qui s'était repliée dans l'urèthre, mais on ne laisse sortir hors du méat que le talon de la bougie; le

(1) Le Fort, *Dilatation immédiate progressive dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre* (*Bull. de l'Académie de médecine*, 26 novembre 1876).

thêter n° 1 est dévissé et remplacé par le cathéter n° 2 dont le ne plus marqué a vers sa base 5 millimètres. On l'engage de la ême façon dans le rétrécissement et on le remplace par un troi-ème dont le diamètre va jusqu'à 7 millimètres.

On peut ainsi, dans une seule séance, dilater complétement des trécissements serrés, même ceux dont les parois indurées offrent ne certaine résistance à la dilatation. L'opération est des plus faci-s puisque, grâce à la bougie conductrice, toute fausse route est mpossible : la douleur est très-faible, l'écoulement de sang insi-nifiant. — M. Le Fort n'a jamais vu survenir d'accidents et les phénomènes morbides se sont bornés, dans les cas les plus graves, à un accès de fièvre uréthrale dont le sulfate de quinine a fait faci-lement justice.

Ce procédé a pour but de supprimer les lenteurs du traitement ordinaire par la dilatation simple et de rendre inutile dans la grande majorité des cas, sinon dans tous, l'opération de l'uréthrotomie interne ou de la divulsion.

Comme toutes les autres méthodes, elle ne met à l'abri de la réci-dive que si le malade continue à faire usage du cathétérisme par les bougies ordinaires jusqu'à ce que la tendance à la rétractilité des parties jadis rétrécies ait complétement cessé.

3° AFFECTIONS OSSEUSES. — RESECTIONS ET AMPUTATIONS.

a. RESECTION PATHOLOGIQUE DU PREMIER MÉTATARSIEN AVEC OU SANS PREMIÈRE PHALANGE DU GROS ORTEIL. — *Conservation des épiphyses.* 1er *temps.* Il consiste à pratiquer sur le dos du pied et près de n bord interne une longue incision longitudinale commençant en rière au niveau du premier cunéiforme et arrivant plus ou moins in en avant suivant la resection à opérer. Une incision tombant liquement sur l'extrémité postérieure de la première incision et nt la direction varie un peu avec les orifices fistuleux qui peuvent e utilisés, permet de procéder à la dissection ; 2e *temps* dans le-el les manœuvres du chirurgien sont favorisées par la suppura-n, quelquefois de longue date, qui a contribué déjà à séparer parties molles du pourtour du squelette. C'est pour le 3e *et der-r temps*, consistant dans l'extirpation des portions osseuses mor-ées que le procédé opératoire diffère un peu de ce qui se fait rdinaire :

1° *Lorsqu'il ne s'agit que du gros métatarsien seul*, au lieu de désar-uler en arrière, puis en avant, il sectionne d'une part l'extrémité

postérieure de la diaphyse de ce métatarsien près de son épiphyse, laissant par conséquent sa surface articulaire en contact avec celle du gros cunéiforme, puis en avant il le sépare de la calotte articulaire qui soutient le gros orteil. Ce dernier, gardant alors son support, ne se trouve que peu attiré en arrière et reste à peu près en position normale, parce que le ligament transverse du métatarse maintient en place la calotte métatarsienne. De cette façon les mouvements sont conservés au moins en partie, ce qui prouve que cette resection, quand elle est possible, est préférable à l'amputation.

2° *Lorsqu'il enlève à la fois le gros métatarsien et la première phalange*, il se comporte de la même façon pour l'épiphyse postérieure du premier métatarsien et pour l'épiphyse antérieure de la première phalange, c'est-à-dire qu'il sectionne ce dernier os tout près de sa surface articulaire qu'il laisse accolée à celle de la deuxième phalange : une légère torsion suffit pour détacher facilement ces deux os de leur épiphyse correspondante. Au point de vue de la locomotion ultérieure, cette resection faite dans le sens antéro-postérieur, c'est-à-dire parallèle à l'axe du pied, fait perdre à cet organe une bien moins grande portion de sa surface, et, par conséquent, porte d'autant moins atteinte à sa solidité.

b. AMPUTATION OSTÉO-PLASTIQUE TIBIO-TARSIENNE. — *Section horizontale du calcanéum.* — L'amputation sous-astragalienne exposant souvent, par voisinage, à l'inflammation tibio-tarsienne, M. Le Fort y a presque renoncé, au moins pour le moment, car elle lui semble plus dangereuse pour le malade que les amputations sus-malléolaire ou tibio-tarsienne. Dans le but de laisser, après l'opération, un membre aussi utile que possible pour la locomotion, ce chirurgien a imaginé un procédé d'amputation tibio-tarsienne fort ingénieux dont le principal caractère est de garder le talon absolument intact en sectionnant le calcanéum non plus verticalement, comme dans le procédé de Pirogoff, mais bien horizontalement au-dessous de ses surfaces articulaires astragaliennes, puis de souder ce plateau calcanéen à cet autre plateau résultant de la section de la mortaise tibio-péronière. Cette opération se compose de cinq temps.

1er *temps.* Incision des parties molles, à peu près comme dans la méthode de J. Roux.

2e *temps.* Section du ligament calcanéo-astragalien en enfonçant en dehors la pointe du couteau entre le calcanéum et l'astragale comme pour l'amputation sous-astragalienne.

3e *temps.* Ablation du pied comme dans la méthode de Chopart.

ps. Énucléation de l'astragale en le saisissant avec un gros
t en coupant tous les tissus qui le retiennent encore.
ps. Section d'arrière en avant de tout le plateau articulaire
ur du calcanéum et section horizontale de toute la mortaise.
e Fort simplifierait encore cette opération en entrant tout
dans l'articulation tibio-tarsienne et en portant tout de
scie sur le calcanéum, ce dernier os étant maintenu alors
up plus solidement, parce qu'il tient d'une part à l'astragale
re part à tout le reste du pied, ce qui donne au chirurgien un
l'appui plus considérable que par la première méthode. A
e cette opération, on laisse au malade une base de sustentation

Fig. 144. — *Bottine de Jules Roux (amputation tibio-tarsienne).*

us large puisqu'elle est constituée par tout le talon recouvert
ssus intacts et par les apophyses calcanéennes qu'il considère,
titre, comme le véritable point d'appui : de plus on empêche
eau de se déplacer, ce qui a lieu souvent à la suite des autres
és, par suite du tiraillement exercé sur le tendon d'Achille

par la contraction incessante de la masse des gastrocnémiens : enfin on évite plus facilement la lésion de l'artère tibiale postérieure.

Il a pratiqué cette opération avec un plein succès, et pourtant dans d'assez mauvaises conditions, sur les deux pieds d'un jeune homme de 20 ans atteint d'un double pied-bot avec ulcérations rebelles. La guérison n'a été un moment entravée que par la formation d'un abcès dans la gaîne du muscle tibial postérieur. Botine à semelle circulaire (comme appareil prothétique) analogue à celle que J. Roux (fig. 144) a imaginée pour les malades ayant subi l'amputation tibio-tarsienne (1).

c. Amputations. — *Pansement compressif pour la réunion immédiate profonde.* — M. Le Fort, convaincu que c'est principalement à la suppuration osseuse, après les amputations, que l'on doit attribuer le développement de l'infection purulente, cherche à favoriser, comme première indication, *la réunion immédiate des parties molles profondes en contact avec la section osseuse.* Pour y arriver, après avoir eu soin d'enlever de la profondeur de la plaie d'amputation tous les caillots sanguins qui s'y trouvent, il place transversalement en avant et en arrière du moignon plusieurs compresses graduées superposées et correspondant à l'extrémité de l'os, puis une lame de gutta-percha maintient chacun de ces deux groupes de compresses grâce à une bande qui sert le tout modérément. Il panse la plaie comme ci-dessous et ne visite son pansement qu'au bout de 5, 6 ou 8 jours. Il trouve alors, à moins de circonstances imprévues, une réunion profonde des tissus qui ont recouvert la section osseuse sans donner lieu à la suppuration.

d. Coxalgie. — *Appareil spécial.* — M. L. Le Fort a imaginé un appareil assez compliqué mais fort ingénieusement conçu (fig. 145), pouvant s'appliquer à toutes les périodes de la coxalgie et remplissant les quatre conditions suivantes, capitales en pareille matière, à savoir (2) :

1° Redresser le membre ;

2° Immobiliser l'articulation, quelle que soit la position où elle se trouve, ou lui laisser toute sa liberté ;

3° Diminuer la surface des pressions articulaires ;

4° Faire exécuter les mouvements dans tous les sens.

Toutes ces conditions sont remplies à l'aide de plusieurs mécanismes fort habilement combinés. — Il se compose d'une ceinture

(1) Jules Roux, *Leçon de clinique chirurgicale sur l'amputation tibio-tarsienne* (*Arch. de méd. navale*, 1865, tome IV, page 241).

(2) Le Fort, *Bull. de la Soc. de chir.*, 23 avril 1866.

e cuir F, avec lames d'acier, embrassant le bassin : de chaque ôté, tuteur à rallonge avec béquille sous-axillaire, simple du côté ain — 2 montants (int. ext.) reliés par une embrasse en cuir, avec ames d'acier, pour la cuisse malade. Ces deux montants divisés au milieu par une double coulisse de rallonge E mue par un pignon.

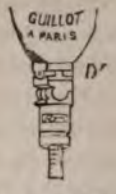


Fig. 146. — *Appareil Le Fort pour la coxalgie, articulations de la tige de contre-extension ischiatique.*

Fig. 145.— *Appareil mécanique contentif de Le Fort pour le traitement de la coxalgie.*

Fig. 147. — *Appareil de Le Fort pour la coxalgie, partie jambière indépendante.*

B pièce à double écrou avec verrous C,C' permettant de l'enlever ou de la replacer. Ce mécanisme permet d'obtenir et de régler le redressement progressif; — l'articulation du cuissard et de la ceinture facilite les mouvements (flexion, extension, abducteur et circumduction). La vis A permet d'immobiliser dans l'une de ces quatre positions.

e. HYDARTHROSE (avec paralysie et atrophie de certains muscles). — *Faradisation. — Courants continus, faibles et permanents, dits de*

nutrition. — M. Le Fort a mis depuis un certain nombre d'années en évidence (comme M. L. Labbé et plusieurs autres chirurgiens), la relation existant entre certaines lésions siégeant dans les articulations ou près des articulations, et certaines paralysies musculaires avec atrophie survenant rapidement à la suite de ces lésions, l'*entorse*, l'*hydarthrose*, par exemple, et entraînant de la difficulté dans la déambulation. C'est un sujet que M. Valtat vient de traiter dans sa thèse inaugurale. Dans ces cas on peut employer la faradisation, mais elle n'amène, selon M. Le Fort, que bien lentement le résultat cherché, quelquefois même elle échoue complétement. Il préfère de beaucoup pour ces atrophies (épaule, cuisse, etc.) avec paralysie ou parésie tout au moins, l'application toutes les nuits d'un courant continu fourni par 4 éléments (fig. 148) (appareil Mo-

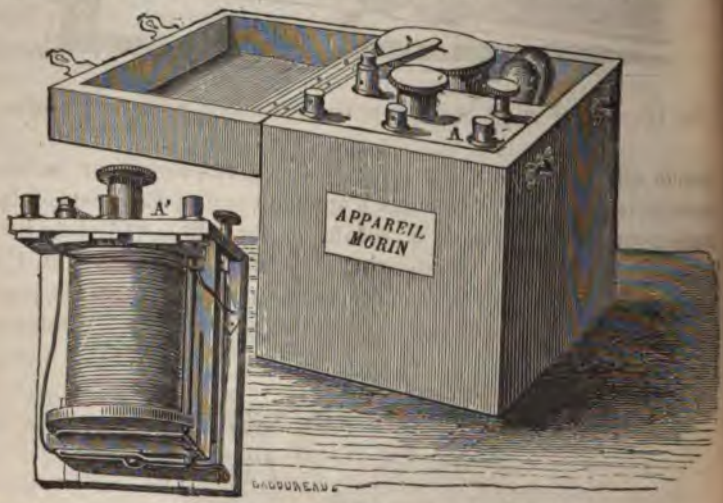


Fig. 148. — *Appareil de Legendre et Morin*.

rin). Ce moyen suffit au bout de quelques semaines, et quand on ne tarde pas trop à en faire usage, pour ramener l'intégrité des mouvements. — M. Valtat (1) a fait à ce sujet des recherches originales et des expériences qui semblent venir confirmer les résultats de l'observation clinique. — En pratiquant des injections dans l'articulation d'un animal, injections assez peu irritantes toutefois pour ne pas amener de suppuration, on voit en quelques jours survenir l'atrophie des muscles du voisinage, atrophie telle qu'au bout

(1) E. Valtat, *De l'atrophie musculaire consécutive aux maladies des articulations* (*Étude clinique et expérimentale*), th. inaug. Paris, 1877.

de peu de temps les muscles ont perdu le tiers, la moitié, et quelquefois les deux tiers de leur poids.

f. Fracture transversale de la rotule. — *Nouvel appareil. Lames de gutta-percha munies d'agrafes.* — Ce professeur a une certaine répugnance à se servir des griffes de Malgaigne et il établit une

Fig. 149. — *Appareil de Le Fort pour la fracture de la rotule* (vu de profil).

grande différence entre la griffe et la pointe employée pour les fractures de la jambe, cette dernière n'amenant jamais d'accident. Il fait usage pour les fractures de la rotule (1) (fig. 149 et 150) d'un petit appareil qui lui paraît remplir toutes les indications pratiques. Il le fabrique lui-même de la manière suivante : Le membre est placé sur le plan incliné après avoir conjuré l'hydarthrose par résolutifs,

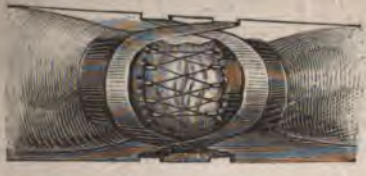


Fig. 150. — *Appareil de Le Fort pour la fracture de la rotule* (vu de face).

compression, vésicatoire, teinture d'iode, etc. : on prend 2 *lamelles de gutta-percha* de 8 à 10 millimètres d'épaisseur, de 5 à 6 centimètres de largeur et de 10 à 12 de longueur : on les ramollit par l'eau chaude, on les trempe dans l'eau froide, puis on les applique au-dessus et au-dessous de la rotule en leur faisant prendre la forme d'un croissant qu'on laisse bien refroidir, en les appuyant à l'aide d'une bande. Une fois ce résultat obtenu, on maintient ces plaques avec

(1) Le Fort, *Bull. thérapeutique*, 30 mars 1875.

quelques bandes de *diachylon* qui passent sous le plan incliné. Le bord des plaques correspondant au centre du genou doit rester libre. Une fois les plaques fixées par le sparadrap, on prend 10 à 12 grosses *agrafes de robe* et, les tenant par le crochet avec une pince à pansement, on les expose successivement pendant quelques secondes à la flamme d'une bougie. Il suffit alors de les presser, le crochet en dessus, sur le bord laissé libre des plaques pour les voir s'enfoncer et s'enterrer dans la gutta-percha, le crochet seul faisant saillie. Les agrafes étant fichées et maintenues solidement dans la gutta-percha, on prend un *fil de caoutchouc* qu'on conduit successivement d'une agrafe de la plaque supérieure à celle qui lui correspond sur la plaque inférieure. — L'élasticité du fil amène peu à peu et assez rapidement les fragments au contact. Un fil ordinaire peut aussi suffire. Imprimer d'assez bonne heure quelques mouvements de flexion au genou pour éviter les roideurs consécutives. Depuis dix ans que M. Le Fort emploie ce moyen bien simple, il n'a eu qu'à s'en louer et il n'est plus tenté de recourir à la griffe, sauf dans les cas rares où une énergique traction est nécessaire.

4° PLAIES. — AFFECTIONS DU RECTUM.

a. PANSEMENT DES PLAIES. — *Balnéation.* — Au moment de la blessure, ne point chercher à faire un diagnostic anatomique trop approfondi de la lésion, quand la chose n'est pas indispensable. Ce diagnostic scientifique ne doit jamais venir qu'en seconde ligne : repos, immobilisation, hyponarthécie, pansements rares.

Il n'emploie presque jamais le cérat, le diachylon, les cataplasmes, les éponges, la charpie : il se contente de laver la solution de continuité au moyen d'un jet d'eau alcoolisée, camphrée, fourni par un tube de caoutchouc aboutissant à un seau suspendu à une tringle du lit du malade. Il évite de toucher, de sonder la plaie, de faire saigner les bourgeons charnus, et, avant de se servir des instruments (pince à anneau, sonde cannelée, sonde de femme), il a soin de les tremper dans l'alcool camphré pour se mettre le plus possible à l'abri de l'érysipèle ou de l'infection purulente.

Le pansement rationnel, dit par *balnéation*, consiste simplement dans l'application d'une ou de plusieurs compresses bien fines trempées dans l'eau additionnée ou non d'alcool camphré et maintenues constamment humides et à la même température par un morceau de tissu imperméable (toile gommée, toile de caoutchouc laminé) qui empêche l'évaporation, et permet de renouveler le pan-

nt, si besoin est, sans provoquer aucune souffrance chez le malade. — Bonne hygiène.

b. RÉTRÉCISSEMENT DU RECTUM. — *Électrolyse.* — M. Le Fort a fait usage de ce moyen et avec succès dans un

Fig. 152. — *Trembleur de l'appareil de Trouvé, représenté au double de sa grandeur.*

Là bobine B se compose d'un fer doux formé d'une feuille de tôle excessivement mince, roulée en hélice et entourée d'un tube de cuivre graduateur dont on voit la tête en O. Le fil inducteur et le fil induit sont bout à bout. Le premier forme six couches, le second dix-huit. La pile étant placée sur son couvercle, et les deux rhéophores aboutissant aux boutons M et M' de la bobine on obtient l'interruption à l'aide d'un trembleur très-ingénieux, qui est remarquable par la précision avec laquelle il fonctionne et par le petit volume qu'il occupe.

La pièce A (fig. 152) est en contact, en fer doux articulé à l'une de ses extrémités et soulevé à l'autre par un petit ressort en platine. La longueur active de celui-ci est réglée par une goupille entraînée par un levier mobile qu'on pousse soit vers L, soit vers V. Dans le premier cas, l'excursion du contact étant plus grande, les oscillations deviennent plus lentes; dans le second cas, l'excursion étant plus petite, les oscillations deviennent plus rapides et la vitesse du trembleur devient plus grande. L'extrémité inférieure de la bobine porte quatre boutons qui permettent d'obtenir des effets variés. Les boutons I' et J' donnent l'extra-courant de deux couches (fig. 151); ceux qui sont marqués I et 1' donnent l'extra-courant complet; les boutons I et J donnent le courant induit seul, enfin les boutons J et I' donnent l'ensemble des deux courants. Les interruptions isolées se font à la main. Pour cela on enlève la pince P', et on appuie le pôle de la pile directement sur un petit bouton que porte la bobine entre M et M'. Les chocs correspondent aux interruptions du courant.

— *Appareil Volta faradi- Trouvé, monté pour fonc- r* (1/2 gr.).

le rétrécissement très-dur situé à 9 ou 10 centimètres de n'eût été atteint qu'avec peine par une autre méthode.

Une canule en gutta-percha (1), contenant deux fils de cuivre faisant saillie à sa surface, fut introduite pendant la nuit, pendant 10 à 12 heures, et les fils mis en communication avec 4 éléments de Trouvé (pile très-commode à étui en caoutchouc durci appelée *pile hermétique*) (fig. 151 et 152), formée d'un cylindre en zinc et d'eau chargée de 3 grammes de bisulfate de mer cure qui ne fonctionne que lorsqu'on la renverse de façon à ce que le couvercle soit en bas. L'autre poli était appliqué sur le ventre. Les fils produisaient de petites eschares en même temps que le cône agissait comme dilatateur. Après un mois, la malade sortit de l'hôpital comme guérie.

5° AFFECTIONS DES MUSCLES.

PARALYSIE RÉFLEXE. — ATROPHIE. — CONTRACTURES. — *Courants continus faibles.* — Cette paralysie réflexe peut s'observer du côté des muscles de l'épaule, du bras ou de l'avant-bras, soit à la suite d'une simple contusion, soit à la suite de luxation de l'épaule même sans qu'il y ait lésion directe des nerfs du plexus brachial par la tête de l'humérus. M. Le Fort aurait tendance à l'expliquer par un trouble trophique sous la dépendance d'un phénomène d'ordre réflexe et se caractérisant par une atrophie graduelle des masses musculaires qui peut être portée extrêmement loin. Il emploie, en pareil cas, le traitement par la *faradisation* ou *courants continus faibles* avec un grand nombre d'éléments dont l'effet immédiat ne donne même pas lieu à la moindre contraction musculaire. C'est encore à ce mode de thérapeutique qu'il s'adresse dans certaines variétés de pied-bot qui ne sont pas justiciables de la ténotomie, parce qu'elles sont dues à une altération du tissu musculaire donnant lieu à une paralysie atrophique ou à des contractures.

(1) Le Fort, *Bullet. de la Soc. de chir.*, février 1873.

HOPITAL NECKER

M. LE DOCTEUR DESORMEAUX (1)

1° ANESTHÉSIE. — PLAIES. — FISTULES.

a. Anesthésie locale. — *Éther.* — M. Desormeaux emploie fréquemment l'anesthésie locale, mais seulement quand il s'agit de parties du corps parfaitement isolées et dont l'épaisseur est relativement peu considérable (doigt — orteil). Les résultats que cette méthode lui a donnés pour les régions plus volumineuses ne lui ont pas paru très-satisfaisants. Le mélange réfrigérant de J. Arnolt (glace et sel marin), qui produit incontestablement une modification profonde dans la sensibilité des parties, n'est pas généralement adopté par lui, non pas qu'il lui paraisse insuffisant, mais parce qu'il est sujet à certains inconvénients, tels qu'une réaction inflammatoire très-intense ou même la production d'eschares (surtout si l'action se prolonge assez longtemps) qui ne sont, il est vrai, que superficielles : de plus, l'application de ce mélange est presque toujours très-douloureuse. Il donne la préférence à l'*éther* projeté sur la partie à l'aide de l'appareil de Richardson (fig. 154) qui donne un jet de pulvérisation sans intermittence ou simplement vaporisé au soufflet.

b. Pansements des plaies. — *Glycérolé d'amidon.* — Ce chirurgien ne fait que peu usage des corps gras et du cérat en particulier, dans le traitement des solutions de continuité. Il emploie plutôt les pansements humides. Le *glycérolé d'amidon*, étendu sur un linge ou un gâteau de charpie (amidon, 250 gr. traité par l'eau bouillante, puis mêlé à la glycérine, 2 kilogr., trituration), lui paraît un bon moyen ; en effet, il entretient une propreté constante, n'est point

(1) 1849, chirurgien du Bureau central ; — 1856, hospice de la Maternité ; — 1859, hôpital de Lourcine ; — 1860, hôpital Cochin ; — 1862, hôpital Necker.

irritant, ne forme pas de magma crustacé en se mélangeant au pus, et favorise la production de bourgeons rosés et non exubérants. De plus, ce glycérolé, qu'il emploie généralement pur, peut, suivant les indications, être mélangé au tannin et à différents extraits qui

Fig. 153. — *Pulvérisateur de Richardson.*

s'y dissolvent complétement; grâce à ce moyen, on peut appliquer sur les plaies et selon les besoins, des pansements inertes, astringents, antiphlogistiques, désinfectants ou coagulants.

Il emploie souvent aussi, dans les cas de traumatisme grave des membres avec plaies, l'irrigation continue. Ainsi M. L. Rey a publié trois observations relatives à un cas de fracture transversale de la rotule droite avec plaie pénétrante de l'articulation, un cas de fracture de l'olécrâne droit avec plaie pénétrante, un troisième de plaie pénétrante de l'articulation radiocarpienne, dans lesquelles l'auteur attribue la guérison au mode de traitement suivi par M. Desormeaux et qui a consisté dans l'irrigation continue avec de l'eau dégourdie (1).

(1) Desormeaux, *Union médic.*, p. 206, 13 février 1873.

Dans le cas de solution de continuité avec hémorrhagie, il est assez sobre de l'emploi du perchlorure de fer qui lui paraît dans certains cas, en raison de sa causticité, déterminer des eschares, surtout lorsque cet agent mis en grande quantité s'infiltre dans les mailles des tissus; aussi quand il emploie ce liquide comme hémostatique, il a le soin, après avoir trempé les tampons de charpie ou de ouate, de les exprimer fortement; il s'en sert aussi à l'état de dilution indiquée par M. Gosselin (perchlorure de fer à 30° dans une partie égale d'eau), qui est suffisamment hémostatique sans produire une trop grande irritation.

c. Plaies d'amputation. — *Pansement ouaté.* — Dans un travail lu à l'Académie (1), M. Desormeaux a envisagé ce mode de pansement au point de vue de la réunion par première intention. — Depuis qu'il emploie cette méthode, quel que soit l'état sanitaire de l'hôpital, les infections purulentes ont été pour ainsi dire supprimées dans tous les cas où la méthode a pu être employée suivant toutes les règles. Le premier appareil est levé au bout de 12 à 15 jours. La plaie étant débarrassée du drain, des ligatures et des sutures, le second appareil est encore laissé en place une douzaine de jours, et lorsqu'on l'enlève, toute la cicatrice est solide. Ces résultats ont été constants : toutes les fois que les circonstances lui ont permis de mettre en contact des lambeaux en bon état, la réunion par première intention n'a pas manqué. Il affirme donc que ce pansement, non-seulement diminue, dans une grande proportion, la mortalité à la suite des amputations, mais de plus qu'il assure la réunion immédiate qui manque si souvent à Paris surtout dans les hôpitaux.

d. Trajets fistuleux (suite d'abcès). — *Liqueur de Villate.* — Dans les fistules non symptomatiques d'une affection osseuse et dans les clapiers dont les téguments décollés ne possèdent pas assez de vitalité, il est bon d'avoir recours à des injections excitantes : si le vin aromatique, l'alcool, la teinture d'iode ne donnent pas de résultats, M. Desormeaux emploie la *liqueur de Villate*, dont les sels de cuivre, entrant pour une large part dans sa composition, ont pour but de réveiller les propriétés vitales de ces trajets qui n'ont par eux-mêmes aucune tendance à la cicatrisation. Il n'en fait usage du reste que lorsqu'il y a fistule et non quand on a affaire à des abcès, et il n'a jamais observé ni les symptômes d'empoisonnement dont parlent certains auteurs qui, dans cette crainte, ne l'emploient qu'avec beaucoup de réserve, ni une inflammation

(1) Desormeaux, *Bull. de l'Acad. de médecine*, 27 mars 1877.

phlegmoneuse avec tendance à devenir diffuse. Le seul inconvénient de cette liqueur, qui est très-caustique, est de déterminer au moment de l'injection une douleur parfois très-vive.

2° AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES (HOMME ET FEMME).

a. HYDROCÈLE. — *Cautérisation au nitrate d'argent.* — C'est à la méthode de Defer, chirurgien de Metz (1), que M. Desormeaux a recours la plupart du temps pour la guérison de l'hydrocèle simple de la tunique vaginale. Cette méthode, qui a aussi été employée dans les hôpitaux par M. Maisonneuve et par M. de Saint-Germain à l'hôpital des Enfants malades, consiste à cautériser la face interne de la séreuse avec le nitrate d'argent solide. Defer se servait pour cette opération d'un mandrin porte-caustique terminé d'un côté par une petite cuvette où on fait fondre un fragment de nitrate, et, de l'autre, par un simple anneau : l'hydrocèle ponctionnée et le liquide évacué comme d'habitude, on introduit par la canule du trocart le mandrin porte-caustique dans la poche en faisant décrire alors, à l'aide de l'anneau, des mouvements spiroïdes à l'instrument; le chirurgien met les différents points de la vaginale en contact avec le caustique, puis retire successivement le mandrin et la canule.

C'est ce procédé que M. Desormeaux a mis en usage depuis plus de 15 ans et même simplifié en se servant, non plus du mandrin spécial de l'inventeur, mais d'un stylet cannelé ou sonde cannelée dans la rainure de laquelle on fait fondre le nitrate d'argent (une ou deux gouttes du caustique suffisent du reste). La douleur ressentie par le malade est peu vive et l'inflammation classique, qui suit toute opération d'hydrocèle et qui est indispensable à la guérison, est en général de médiocre intensité ; cette inflammation est d'ailleurs subordonnée au degré de cautérisation qu'emploie le chirurgien. M. Desormeaux a constaté qu'il n'est pas nécessaire de porter le caustique sur tous les points de la tunique, ce qui serait impossible ou au moins difficile ; il suffit d'en badigeonner une certaine étendue pour que le processus inflammatoire se propage ensuite de proche en proche.

Immédiatement après l'opération et pendant les quelques jours qui suivent, des compresses imbibées, soit de vin, soit d'alcool, soit de vin aromatique, sont constamment maintenues sur les bourses qu'on a soin de maintenir relevées avec une plaque de gutta-per-

(1) Defer, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1856.

cha, de liége ou de zinc échancrée du côté des organes génitaux.

Au dire de M. Desormeaux (1), ce procédé, qu'il a constamment employé avec succès à l'hôpital Neker, mérite la préférence sur l'injection iodée, au triple point de vue de la facilité d'exécution, de l'innocuité, de l'efficacité. Comme simplicité, cette méthode nous paraît en effet présenter de grands avantages, car elle dispense de l'attirail nécessité par l'injection de teinture d'iode ; quant à son innocuité et à sa grande efficacité, nous ne pouvons les juger personnellement, n'ayant jamais eu recours à ce procédé; nous dirons cependant que nous avons vu dans les hôpitaux et ailleurs qu'à Necker plusieurs hydrocèles traitées de cette manière et ayant donné lieu à des récidives : dans un autre cas il y eut suppuration de la tunique vaginale.

b. Rétrécissement de l'urèthre. — *Uréthrotomie interne. — Endoscope.* — Ce chirurgien emploie la dilatation pour les rétrécissements inflammatoires ordinaires ; il n'est pas même éloigné de croire, contrairement à l'avis de la plupart des praticiens, que dans certains cas la guérison peut être radicale. Mais si le rétrécissement est très-étroit, fibreux et cicatriciel, la dilatation n'agit que trop lentement, est la plupart du temps insuffisante et expose le malade à des accidents plus ou moins graves : il pense alors que dans ces cas, et principalement ceux où la rétractilité de la coarctation est telle que les tissus reviennent à leur état primitif aussitôt que l'on cesse de dilater, on doit employer de préférence l'uréthrotomie interne (l'uréthrotomie externe étant réservée pour les rétrécissements s'accompagnant de fistules multiples, de décollements considérables du périnée, etc.).

Donc, pour lui, l'indication principale de l'uréthrotomie est la suivante : résistance des rétrécissements qui exigent une dilatation trop longtemps prolongée ou qui se reproduisent rapidement.

C'est presque toujours à l'uréthrotomie interne qu'il a recours. Il l'a pratiquée, soit d'arrière en avant, soit d'avant en arrière à l'aide des modèles Charrière ou Maisonneuve, et considère l'instrument de ce dernier chirurgien comme l'un des plus commodes et des plus utiles ; cependant la gracilité de sa tige l'effraie un peu quand la résistance est vraiment considérable.

Inventeur de l'ingénieux *endoscope* (2), c'est naturellement à l'uréthrotomie faite avec l'aide de cet instrument que M. Desor-

(1) Ganzin, *Traitement de l'hydrocèle*, thèse inaug. Paris, 1874.

(2) Desormeaux, *De l'endoscope, de ses applications au diagnostic et au traitement des affections de l'urèthre*. Paris, 1865.

meaux donne la préférence, et nous devons dire à regret
le seul des chirurgiens des hôpitaux de Paris à employer
thode, qui certainement peut trouver une application ava
dans certains cas. Le 5 juillet 1865, il a présenté à la So
chirurgie 17 cas traités avec succès par ce procédé.

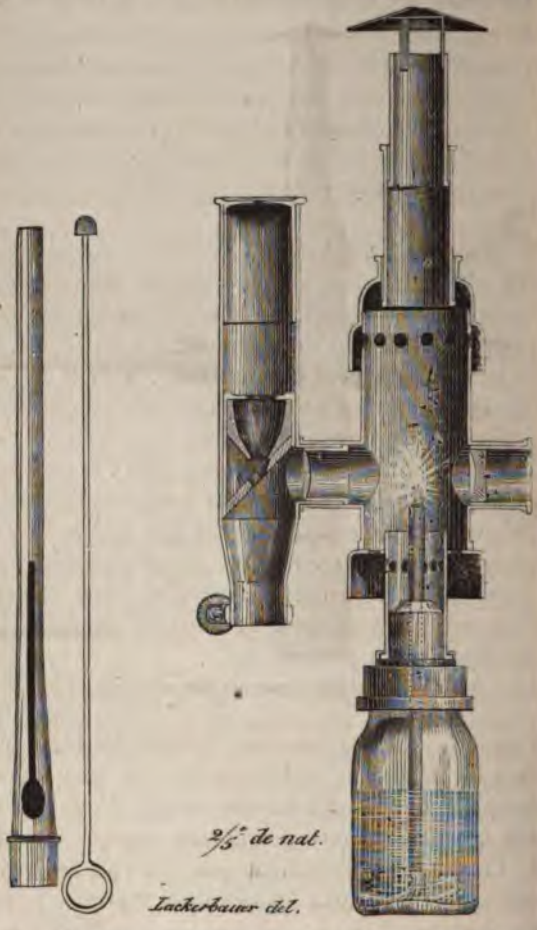


Fig. 154. — *Uréthroscope de Desormeaux disposé pour l'observat*

L'*endoscope* (fig. 154 et 155) se compose d'une lampe (alim
le gazogène, 4 parties d'alcool, une partie d'essence de téréb
vissée à la partie inférieure d'un cylindre vertical, surmon
cheminée de tirage opaque. Au milieu de sa longueur et a

amme, ce tube est pourvu d'une tubulure, qui communique extérieur. La lumière réfléchie par un miroir est concentrée e lentille biconvexe et pénètre dans un second tube perpen- re au premier, et pouvant se mouvoir dans un plan parallèle remier cylindre. A l'une des extrémités de ce tube mobile ptique) se trouve une lentille : c'est là que l'œil s'approche ;

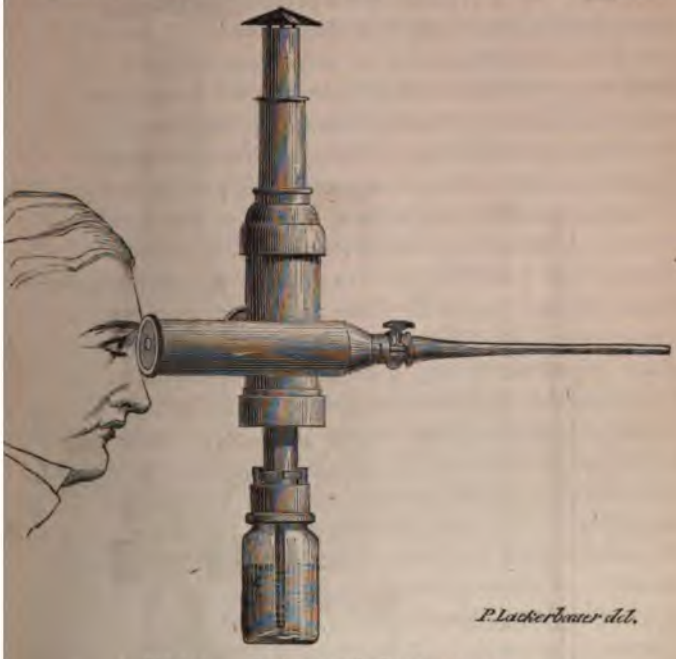


Fig. 155. — *Endoscope de Desormeaux.*

utre se fixent les sondes ouvertes du bout destinées à pénétrer s l'urèthre ou la vessie. — Afin de pouvoir explorer et opérer ême temps, il se sert d'une sonde munie d'une fente latérale la partie qui ne se trouve pas encore engagée dans l'urèthre. âce à l'endoscope, l'uréthrotomie interne se ferait, selon esormeaux, à ciel ouvert : on sait alors sur quel point du ca- orte l'incision, ce dont il n'est pas possible d'avoir une notion e avec les autres instruments. Le point rétréci reconnu à sa ur blanche et à son aspect cicatriciel, il introduit par la fente le précédente un long bistouri boutonné, divise le tissu ix et s'arrête dès qu'il sent que la résistance a cédé. C'est ut lorsqu'on ne peut pas par le cathétérisme ordinaire trouver

l'orifice rétréci que, selon ce chirurgien, l'endoscope rendrait service et permettrait de voir l'ouverture étroite qui échappe à l'exploration et d'y faire pénétrer une bougie.

c. DÉCHIRURE DE L'URÈTHRE. — *Sondes en caoutchouc vulcanisé.* — Ce chirurgien emploie principalement dans cette lésion les *sondes en caoutchouc vulcanisé;* souples et molles, elles sont bien mieux supportées par l'urèthre, et ne présentent pas les inconvénients inhérents aux sondes rigides. Elles peuvent même séjourner pendant très-longtemps dans la vessie sans s'altérer notablement, et sans exposer les parois de ce réservoir à des accidents parfois fort sérieux qui sont la conséquence de ces dernières.

d. POLYPES FIBREUX DE L'UTÉRUS. — *Écraseur linéaire.* — La thérapeutique mise en usage, en pareil cas, par M. Desormeaux, varie suivant la hauteur à laquelle se trouve le fibroïde, et suivant son volume. Si, inséré dans la cavité du col, il forme une masse très-considérable saillant dans le vagin, il a plutôt recours au morcellement et aux ligatures successives, en attendant la chute de chacun des gros fragments. S'il est d'un volume médiocre et qu'on puisse sentir son pédicule en totalité ou en partie, il emploie l'écraseur linéaire ou le serre-nœud, dont le faisceau de fils de fer permet d'incliner l'anse à volonté, et de l'approprier à la disposition de la masse. Il commence par fixer le fibroïde à l'aide d'une forte griffe de Museux, mais sans pratiquer des tractions énergiques sur le polype pour l'attirer à la vulve. La griffe tenant toujours le produit morbide est passée au milieu de l'anse de la chaîne, que les doigts du chirurgien se chargent de conduire le plus haut possible sur le pédicule. Si le polype est ramolli, gangrené en partie et se laisse facilement déchirer par la moindre traction, il sectionne simplement le pédicule à l'aide de ciseaux courbes.

3° AFFECTIONS DES OS. — AMPUTATIONS.

a. AMPUTATION TIBIO-TARSIENNE. — *Procédé de Syme.* — M. Desormeaux est partisan de cette opération et la croit préférable, dans bien des cas, à l'amputation sus-malléolaire, qui laisse à désirer pour la facilité de la prothèse. Nous avons vu plusieurs cas de guérison dans son service. Il emploie le procédé de Syme, résèque généralement les extrémités osseuses et conserve pour lambeau toute la peau du talon qui comprend par conséquent, dans son épaisseur, le tendon d'Achille. Par ce procédé, la cicatrice se

trouve en avant et n'est pas susceptible, ultérieurement, de s'enflammer et de s'exulcérer par la pression du moignon. Lorsque, chez les scrofuleux, la carie affecte ou semble affecter seulement les premières rangées osseuses, il croit bien faire en s'éloignant le plus possible du mal, et en pratiquant encore la désarticulation tibio-tarsienne. Il emploie également le pansement ouaté.

Ce chirurgien a coutume de donner à ses amputés une potion composée de thé avec 60 grammes de rhum, et 10 gouttes laudanum.

b. Fracture de la cuisse. — *Appareil à extension continue de M. Hennequin.* — La grande quantité d'appareils (J.-J. Petit, Desault, Boyer, Brunninghausen, Baumers, F. Martin, appareil américain, etc.) qui ont été préconisés tour à tour pour arriver à la guérison des fractures du corps du fémur chez les adultes sans raccourcissement, témoigne de la difficulté extrême, peut-être insurmontable, qu'il y a à obtenir un pareil résultat. L'insuccès de chacun de ces appareils, très-ingénieux du reste, provient en grande partie de ce fait que, pour triompher de la contraction musculaire incessante, on est dans la nécessité d'exercer sur le membre des tractions considérables, *par conséquent douloureuses*, et de prendre appui pour l'extension et la contre-extension, sur des régions qui souffrent de cette pression continue et ont tendance à s'escharifier. Ayant surtout en vue ce grand obstacle (pression mal supportée de l'extension et de la contre-extension), M. le Dr Hennequin a imaginé un appareil à extension continue bien différent des autres et dont l'excellent principe est de rendre cette pression supportable en faisant que les points, où l'extension et la contre-extension se trouvent appliquées, puissent en quelque sorte se suppléer les uns les autres. C'est dans le service de M. Desormeaux qu'il en a fait les premiers essais, et les résultats ont été tels que depuis quelques années ce chirurgien n'emploie pas d'autre appareil dans les cas de fracture de la diaphyse fémorale. Voici les pièces qui le composent :

1° Il consiste (fig. 157) en une *gouttière* A, dite crurale, embrassant la face postérieure de la cuisse : le genou reste dans la flexion, la jambe hors du lit et la plante du pied appuyée sur une chaise. Latéralement, cette gouttière est limitée en avant par deux attelles BB′ dépassant le fémur, munies de boutons et de deux rainures LL′ où (s'il est nécessaire que le membre garde la position rectiligne) s'articulent les deux attelles courbes MM′ (fig. 156) d'une pièce répondant à la jambe et munie d'une pédale P. R,R′ sont deux galets servant de

poulies de réflexion aux élastiques avec lesquels on fait l'extension, dans cette position rectiligne.

2° L'*extension* se fait au moyen d'une *molletière* e,e' (fig. 159) à rigole

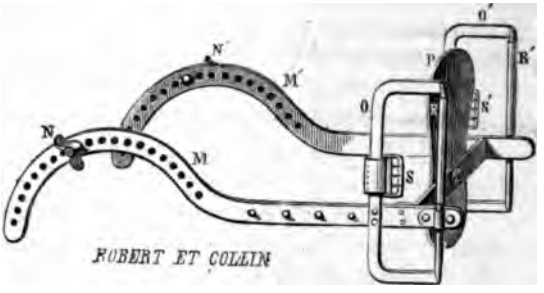


Fig. 156.

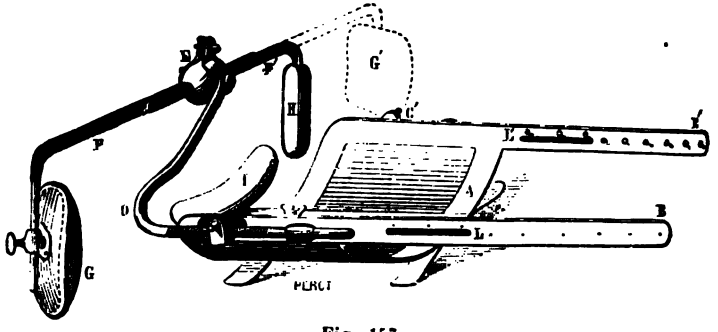


Fig. 157.

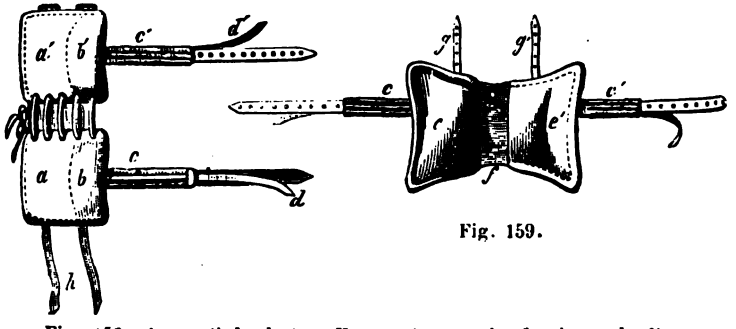


Fig. 159.

Fig. 158. *Appareil du docteur Hennequin pour les fractures du fémur.*

protégeant les vaisseaux, qui entoure le mollet le plus haut possible et dont les élastiques se fixent aux boutons des attelles de la gout-

urale : d'un *bracelet aa'*, bouclé au-dessus du genou et dont
tiques se fixent également aux boutons des deux attelles.
contre-extension se pratique au moyen de diverses pres-
ercées : 1° sur la tubérosité de l'ischion par un *coussin en*
t I ; 2° sur la fosse iliaque externe par une seconde *pelote*
G ; 3° sur la branche horizontale du pubis par un *coussin*
rme de boudin.
me le dit M. Hennequin lui-même, l'ensemble de ce méca-
forme une sorte de collier qui embrasse la racine du mem-
s'appuyant sur l'os des îles.
ombre des fractures du corps du fémur traitées chez les
par l'appareil de M. Hennequin dans les divers hôpitaux
près ce que l'auteur nous a dit lui-même, de quarante dont la
provient du service de M. Desormeaux. Dans vingt cas il n'y
pas eu de raccourcissement et dans les autres le raccourcis-
n'aurait pas dépassé en
ne 1 à 2 centimètres et
'est déjà là un assez beau
t, mais ce qui est encore
us surprenant, c'est que,
quatre cas, non-seule-
n'y a pas eu de raccour-
ent, mais le *fémur s'est*
allongé. Ainsi, d'après les
que M. Hennequin m'a
s, dans trois fractures il
un demi-centimètre, et
timètres d'allongement;
ne quatrième malade qui
u 3 centimètres de rac-
ssement après une pre-
fracture traitée par l'ap-
le Scultet, et qui présenta
uxième fracture du fémur
aquelle on employa l'ap-
Hennequin, il ne resta
entimètre et demi de rac-
ssement, profit = 1 cen-
et demi. Un cinquième malade eut successivement trois
es du fémur : après la première (appareil de Scultet), 6 centi-
et demi de raccourcissement ; après la deuxième (appareil

Fig. 160. — *Gouttière de gutta-percha pour le traitement des fractures de l'humérus* (appareil de Desormeaux).

plâtré), toujours 6 centimètres et demi ; après la troisième (*appareil* Hennequin), 1 centimètre et demi de raccourcissement; donc *allongement de* 5 centimètres. Voilà de beaux résultats nous engageant certainement à avoir recours à cet appareil qui, sans conteste, se supporte bien mieux que tout autre.

c. FRACTURE DU COL DE L'HUMÉRUS. — *Gouttière de gutta-percha.* —

Fig. 161. — *Appareil de gutta-percha de Desormeaux pour le traitement des fractures de l'humérus. (Appareil appliqué.)*

Dans le cas de fracture du col huméral simple, M. A. Desormeaux fait usage d'un appareil, simple et très-commode dans son application, constitué par une *longue gouttière de gutta-percha* dont MM. Gaujot et Spillmann donnent une description complète dans leur arsenal. L'une des figures (fig. 160) reproduit la gouttière moulée et taillée suivant la manière de faire ordinaire, l'autre figure représente l'appareil appliqué sur le membre autour duquel il forme une gaine complète (fig. 161).

Cette gouttière présente au-dessus du moignon de l'épaule un prolongement, une espèce de *patte* qui emboîte toute la région

ulaire et claviculaire, afin de trouver là un appui solide. En elle embrasse le coude et la moitié supérieure de l'avant- maintenu dans la flexion à angle droit. Cette disposition a effet d'assurer l'immobilité entière de tout le membre et la ation des fragments qui ne sauraient éprouver aucun déplal, lorsque l'appareil est convenablement appliqué après une ion et une coaptation exacte. — Cette gouttière constitue yen de contention solide, léger et facile à maintenir ; elle que et s'adapte exactement à la configuration de la région, nous paraît être extrêmement avantageuse pour le membre ur.

4° AFFECTIONS DES LÈVRES ET DES INTESTINS.

EC-DE-LIÈVRE. — *Conservation du tubercule incisif.* — Ce ien pense, contrairement à ce qui est adopté par plusieurs que l'*excision* partielle ou totale de l'os intermaxillaire n'est jours un temps indispensable dans l'opération du bec-de- compliqué. Ce n'est que dans les cas exceptionnels, c'est- dans ceux où la saillie antérieure, constituée par le tubercule est extrêmement considérable, qu'on est obligé d'avoir re- à cette résection pour pouvoir mettre en contact les bords rs lambeaux. Il pense même que, dans la plupart des exem- réunion de ces bords suffit, au bout d'un certain temps, à ser cette saillie osseuse et à la remettre en place. En tout n'emploierait que l'excision partielle.

ERNIE ÉTRANGLÉE. — *Purgatif. — Opium après la kélotomie.* — s de longues années, ce chirurgien a obtenu de très-bons effets, l'opération de la hernie étranglée, de l'administration de l'*opium* pour but d'immobiliser les intestins pendant quelque temps ; est bon, cependant, au bout de deux jours, de provoquer une x selles à l'aide d'un purgatif léger. Dans chaque cas, en par- r, il est indispensable de déterminer les indications propres eux méthodes.

5° AFFECTIONS DES VAISSEAUX.

ANYSME. — *Dangers de la compression digitale.* — Ce chirur- out d'abord recours, avant d'employer des moyens plus radi- la *compression* digitale, qu'il trouve d'une façon générale un nt moyen, mais qui exige cependant une grande surveil-

lance. Dans un cas, cité par lui (1), un anévrysme du jarret avait été traité par la compression digitale; elle fut faite dans de très-bonnes conditions, pendant quarante-huit heures, d'une façon continue, et avait été plutôt insupportable par la fatigue et l'agacement qu'elle occasionnait au malade que par la douleur; mais il dut cependant la faire suspendre, parce qu'une eschare s'était formée sous les doigts au pli de l'aine : la gangrène envahit la partie inférieure de l'abdomen, le haut de la cuisse, et le malade succomba.

M. LE PROFESSEUR F. GUYON (2)

I° AFFECTIONS DES VOIES URINAIRES ET DU PÉRINÉE.

a. CATHÉTÉRISME EXPLORATEUR DE L'URÈTHRE. — *Bougies à tige molle et à boule olivaire molle ou métallique.* — L'exploration du canal est simplement un toucher médiat fait, pour ainsi dire, avec un

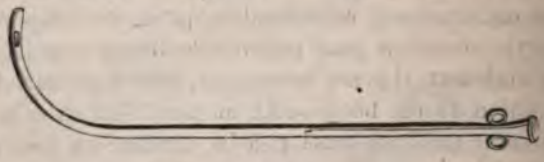


Fig. 162. — *Sonde courbe.*

Fig. 163. — *Sonde de trousse.*

long doigt. Elle consiste à analyser les sensations à mesure que l'on pénètre plus avant, l'attention du chirurgien se localisant uniquement à l'extrémité du cathéter. — La sonde métallique ou autre (fig. 162, 163) divise les sensations, tandis que la bougie à boule les

(1) Desormeaux, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1866.

(2) 1862, chirurgien du Bureau central; — 1864, hospice de la Maternité; — 1867, hôpital Necker.

ocentre; aussi est-ce à ce dernier instrument que M. Félix Guyon
nne la préférence, parce que son renflement terminal ne touche
ais la face interne du canal qu'en un seul point à la fois : la sonde,
contraire, touche en même temps tous les points du conduit.
h. Bell recommandait l'emploi de petites tiges métalliques flexi-
a (fig. 164) terminées par de petites boules *b* d'argent de diverses

Fig. 164. — *Explorateur de Ch. Bell.*

urs : il les introduisait successivement dans l'urèthre jusqu'à
'il ait trouvé une boule assez petite pour traverser le rétré-
ent. On a reproché à cet explorateur sa rigidité, aussi Leroy
placé l'argent par la gomme élastique (fig. 165, 166) et a varié

Fig. 165. — *Bougie à boule exploratrice.*

fini la grosseur des boules olivaires afin qu'elles pussent servir
agnostic des coarctations de tout diamètre.
Félix Guyon emploie surtout les bougies à *boule olivaire* qui
dent à des numéros déterminés de la filière française (Char-
: la série va depuis le n° 7 jusqu'au n° 21. — Relativement aux
itions d'une bougie, il faut que le talon soit fort et à renflement
brusque afin que la boule remplisse le canal, sans que la tige
a supporte offre un contact avec la face interne de ce dernier :
par conséquent alors une sensation donnée par la boule et non par
e. Cependant, pour éviter de froisser l'urèthre en retirant l'in-
ment, il ne faut pas que le talon ait une arête trop vive. La forme
ire losangique est la meilleure. — M. Félix Guyon se sert aussi
ent de petites *boules métalliques* graduées et vissées sur la tige,
que les sensations qu'elles donnent sont plus prononcées que
transmises par les boules molles. Il préfère de beaucoup les ex-
teurs à *tige molle*, et n'emploie que rarement la bougie (fig. 167)
me de baleine. Avec la tige molle, on ne fait que des mouve-
s de propulsion, tandis qu'avec la *tige dure* on fait non-seule-
des mouvements de propulsion dans le canal, mais aussi des
ements de levier nécessitant des dépenses musculaires qui
empêchent d'analyser aussi bien les sensations.
ur pratiquer ce cathétérisme explorateur, on prend tout d'a-
le plus gros numéro (n° 21) représentant 7 millimètres (cali-

bre normal de l'urèthre) sur la filière de Charrière (fig. 168), c

Fig. 166. — *Explorateur de Leroy d'Étiolles.*

Fig. 167. — *Bougie filiforme de baleine.*

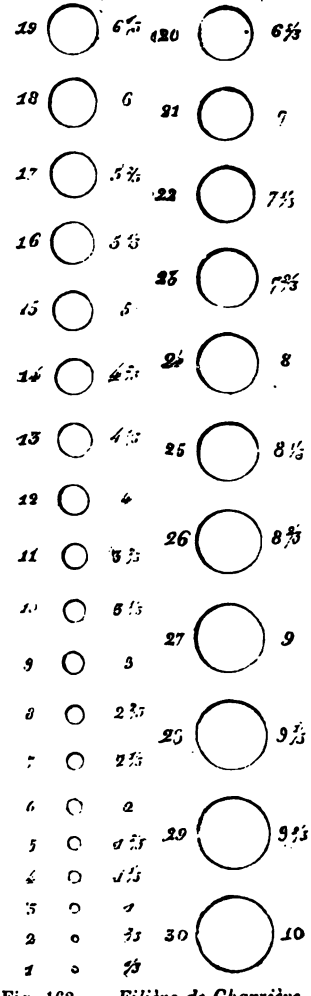


Fig. 168. — *Filière de Charrière.*

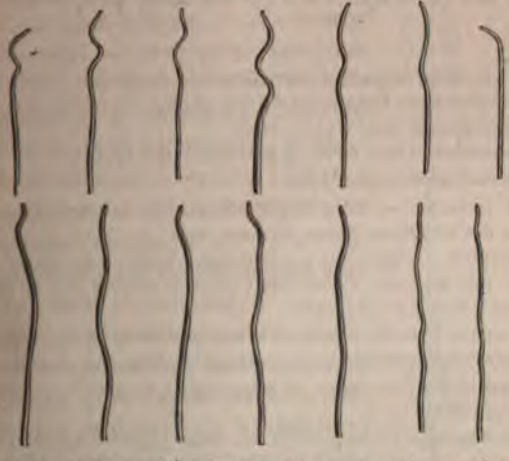
faut bien retenir qu'on veut non pas franchir mais simple

er le canal, et on procède à l'acheminement de la boule entement, non pas seulement dans le but d'éviter de faire ir le malade, mais parce qu'on a besoin de sentir ce qui se e au bout de l'instrument, centimètre par centimètre. Si la est trop volumineuse, on en prend une seconde d'un volume re, et ainsi de suite.

ÉTRÉCISSEMENT URÉTHRAL. — *Bougies tortillées.* — La méthode dilatation prime toute autre méthode dans le traitement des issements de l'urèthre : il fait usage de bougies coniques 69) et, pour les rétrécissements étroits et difficilement franchis-

Fig. 169. — *Bougie élastique conique.*

, de petites bougies fines à pointe contournée en spirale irré-e (fig. 170). Pour tortiller ces bougies, Leroy avait imaginé un ppareil consistant à enlacer la pointe de la bougie autour de



0. — *Bougies de Leroy d'Étiolles à pointes contournées en spirale irrégulière.*

rangées de pointes fixées dans un plancher et à la laisser quel-emps dans cette situation (fig. 171). Afin de leur donner une permanente, nous avons vu M. Félix Guyon se servir d'un dé ingénieux imaginé par un de ses internes, M. Curtis (1), et nsiste simplement à plonger la bougie tortillée de telle ou telle

urtis, *Du traitement des rétrécissements de l'urèthre par la dilatation pro-e.* Th. inaug. Paris, 1873.

façon, dans le collodion, à la retirer et à la laisser sécher. Le tortillon conserve la disposition qu'on lui a préalablement imprimée :

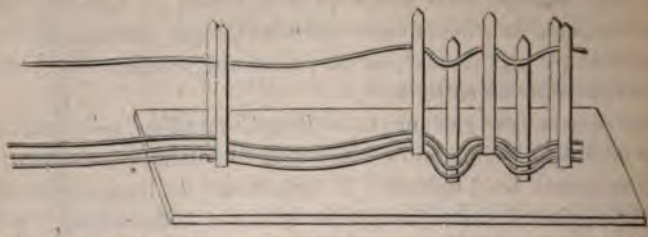


Fig. 171. — *Procédé de Leroy pour tortiller en spirale l'extrémité des bougies.*

cette modification est d'autant plus heureuse, que l'on peut laisser la bougie à demeure sans que la surface collodionnée soit attaquée par l'urine : ce petit moyen peut donc rendre de grands services.

c. URÉTHROTOMIE INTERNE. — *Uréthrotome de Maisonneuve.* — Le tableau suivant comprend à peu près toutes les indications pour lesquelles il fait cette opération qui est celle qu'il préfère de beaucoup :

Indic. primitives.	*Tirées du canal*	*Rétrécissement* organique avec dilatation derrière le point rétréci. — Incontinence. — Infiltration d'urine par fissure (rarement).
		Rétrécissement avec fausse route.
		Rétrécissement très-étroit et paraissant très-épais.
		Rétrécissement traumatique.
	Tirées de la vessie. — *Rétention* d'urine, suite de rétrécissement : surtout s'il y a des accidents, fièvre, frissons, etc.	
	Tirées des reins. — Quand il y a néphrite, n'opérez pas, a-t-on dit. C'est un conseil que M. Félix Guyon croit un peu exagéré, car on abandonne les malades à leur état pitoyable.	
Indic. secondaires.	Rétrécissement irritable serrant la sonde au lieu de se laisser dilater.	
	Rétrécissement insensible et incomplétement dilatable. Rétrécissement élastique qui atteint une limite de dilatation et ne peut la franchir.	
	Fistules urinaires.	
	Cas où la dilatation est impossible ou accompagnée d'accidents.	

Il n'adopte pas exclusivement tel ou tel uréthrotome ; — nous l'avons vu cependant se servir assez souvent de l'instrument de Maisonneuve (fig. 172) composé : 1° d'une bougie élastique ou filiforme dite *conductrice ;* 2° d'un cathéter cannelé ; 3° d'un mandrin portant à son extrémité une lame triangulaire dont les deux côtés sont tranchants, mais dont le sommet qui les réunit est mousse pour ne pas blesser le canal en le parcourant jusqu'au point rétréci. Il croit que l'uréthrotomie interne d'avant en arrière est peut-être plus sûre que

rière en avant. — L'instrument
e (1) ne produit qu'une scarifica-
Voici maintenant quels sont les
qu'il suit immédiatement après
n :
duction d'une sonde à demeure,
gomme élastique coupée au ni-
out vésical, de façon à pouvoir
lisser facilement sur un long
ectiligne vissé à la petite bougie
ce (de l'uréthrotome) qui se
core dans le canal et qu'on re-
ie la sonde est introduite.
sonde à demeure ne doit pas
olume excessif.
sonde est fermée pendant la
ouchée toutes les deux heures.
s dès le second jour.
s le plus complet. — *Traitement éventif.* — Le premier jour (jour
ion), 80 centigrammes de sul-
inine; le deuxième jour, 40
mes ; le troisième jour, 20 cen-
ou 40 centigrammes. — Lave-
emier jour pour empêcher le
faire des efforts.
r davantage des personnes am-
ir avoir le suffisant.
s, immédiatement après l'inci-
e croyait obligé de dilater avec
bien grosse sous peine de per-
éfice de l'opération. Ainsi Rey-
it fortement pour que la cica-
ante fût non pas une ligne mais
M. Félix Guyon n'agit pas
lui, on arrivera d'autant mieux
canal, qu'on l'aura moins tour-
préfère donc la dilatation con-
ne passe guère la première bou-

Fig. 172. — *Uréthrotome de Maisonneuve.*

Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires. 3e édi-
58-60.

gie dilatatrice que quinze jours ou trois semaines après l'opération.

Nous lui avons entendu dire, en 1873, que sur soixante-deux cas d'uréthrotomie interne, il n'avait pas eu une mort. trente et un malades avaient eu de la fièvre, six du frisson, sept des accès fébriles légers, dix-sept du frisson et de la fièvre, un accès intense ; dans un cas il avait observé une hémorrhagie peu considérable. Jamais il n'a vu d'infiltration urineuse ; six fois il vit se produire une épididymite, une fois l'œdème du prépuce. Dans un cas il y eut abcès périnéphrétique qui se termina par la guérison : il s'agissait d'un malade qui avait été uréthrotomisé six ou sept fois et chez lequel les reins étaient déjà malades. — Il a uréthrotomisé deux malades ayant de la néphrite et de la résorption urineuse, et chez lesquels l'indication était de mettre la vessie à même de se vider sans accident.

En un mot, pour M. Félix Guyon, cette méthode est appelée à jouer un grand rôle dans le traitement de certains rétrécissements de l'urèthre, elle n'est pas une opération grave et s'est comportée avec une bénignité surprenante dans les cas nombreux mentionnés dans l'excellente Thèse d'un de ces internes, M. Martinet (1).

d. LITHOTRITIE. — *Brise-pierre à écrou brisé.* — M. Félix Guyon n'emploie pas le chloroforme chez l'adulte, car, pour être bien faite, cette opération exige le concours du malade. Pour les enfants, l'anesthésie est indispensable. — Il recommande, dans l'exploration, l'emploi d'une sonde analogue à celle de H. Thompson (2), sonde métallique très-mince, munie d'un tambour au niveau du pavillon. Elle est fort sonore et très-commode pour le diagnostic. Il se place du côté droit et se sert du brise-pierre à écrou brisé de Civiale (fig. 173) et surtout de celui qui a été modifié par Robert et Collin (fig. 174) : dans ce dernier modèle, l'écrou brisé représenté en B est entouré par un simple anneau A qui fait engrener l'écrou sur les pas de vis de la branche mâle quand il est renversé vers l'extrémité vésicale du brise-pierre : il suffit d'incliner l'anneau en sens inverse pour dégager l'écrou. Une simple pression exercée sur les boutons latéraux B permet de démonter l'écrou pour nettoyer. La douille C, forte et légère tout à la fois, offre une prise suffisante à la main. Quant aux mors, il se sert soit d'une des variétés de *bec de canne* de Civiale (fig. 175), soit des *mors fenêtrés* (porte à faux) de Charrière (fig. 176), rendant tout engorgement de la cuiller impossible.

(1) Martinet, *Étude clinique sur l'uréthrotomie interne.* Th. inaug. Paris, 1876.

(2) Thompson, *Traité pratique des maladies des voies urinaires, suivi des leçons cliniques.* Paris, 1874.

broiement effectué et le lithotriteur retiré, une sonde élastique introduite pour faire une injection aqueuse dans la vessie : on doit pas compter sur l'évacuation immédiate des fragments. Il ne re pas la sonde si un petit fragment calculeux est engagé dans les yeux ; pour le dégager, il imprime de légères secousses à la e, ou bien il pratique une nouvelle injection, ou bien en der-lieu il a recours au mandrin. Il ne prescrit jamais de bain après nce de lithotritie, car il a vu plus d'une fois que le premier fris- manifestait quand le malade était plongé dans la baignoire ; fait jamais venir le malade à l'amphithéâtre ; il e au lit que ce dernier doit garder une fois l'opé- terminée ; il prescrit le sulfate de quinine et le

171. — *Écrou brisé de Civiale.*

Fig. 174. — *Nouveau modèle d'écrou brisé* (*Robert et Collin*).

che femelle présente à son extrémité manuelle une armature *b* dans laquelle est fixé un . Celui-ci, à son tour, reçoit deux pièces élastiques *c*, *c*, munies à leur extrémité et sur nterne de deux pas de vis ; ces pièces, faisant ressort, divergent quand elles ne sont pas par l'action d'une rondelle *a* ; celle-ci, vissée sur l'armature de la branche femelle, est r sa circonférence interne de deux saillies. Si l'on veut que l'écrou brisé, constitué par èces *c*, *c*, morde sur le pas de vis de la branche mâle, il suffit de tourner la rondelle *a*, orte que ses saillies internes compriment l'écrou. Si l'on désire, au contraire, que la âle glisse librement, il suffit de tourner l'écrou en sens inverse.

hum le jour de l'opération. Le jour suivant, un fragment est- é dans l'urèthre derrière le ligament de Carcassonne, il cher- refouler à l'aide d'injections ; s'il est au-devant de ce liga- l cherche à le repousser en avant ou emploie le lithotriteur

uréthral (fig. 177) de M. Reliquet, qui se compose (1) d'une cuill

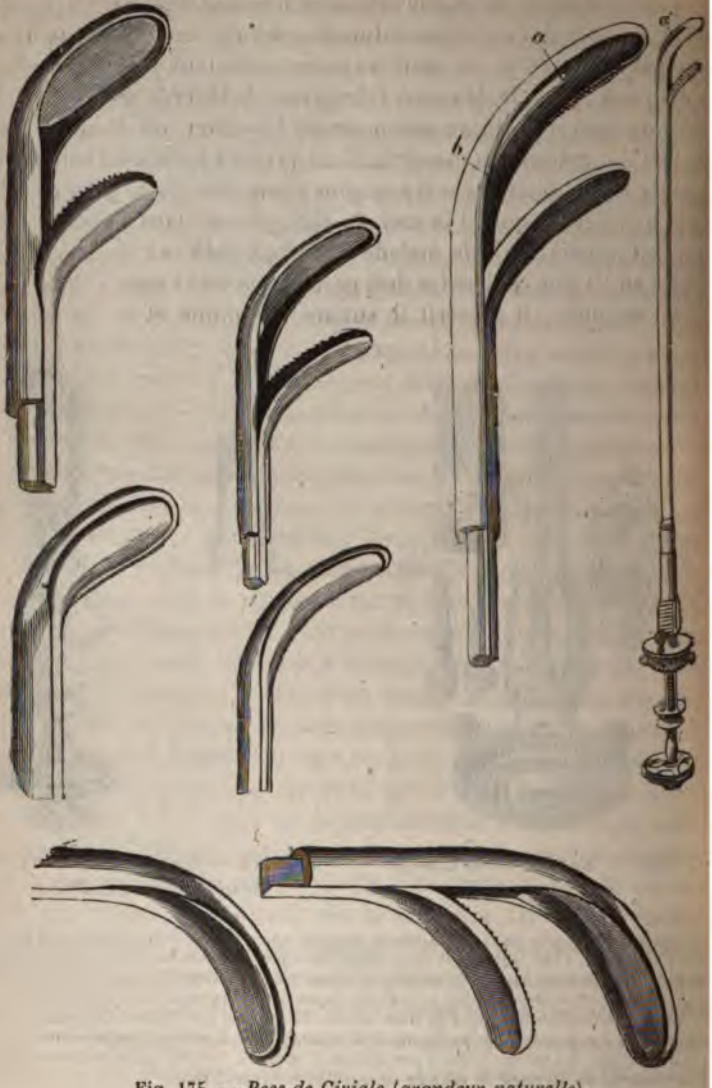


Fig. 175. — *Becs de Civiale (grandeur naturelle).*

a passant derrière le corps étranger et d'une tige mobile pointue destinée à le faire éclater, et serrée au moyen d'un volant E.

(1) Reliquet, *Brise-pierre uréthral* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXXIII, p. 3 28 avril 1868), et *Traité des opérations des voies urinaires*, p. 587, 1871.

BLENNORRHAGIE. CYSTITE DU COL, TÉNESME. — *Injections médicamenteuses.* — *Collyre uréthral. Instrument spécial.* — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* de 1868 mentionne avec détails la façon dont M. Félix Guyon s'y prend pour porter diverses substances médicamenteuses *sur un point déterminé de la muqueuse uréthrale*. L'appareil dont il se sert est des plus simples, il consiste : 1° en un explorateur en gomme à boule percée avec une aiguille; 2° en une seringue de Pravaz donnant une goutte par demi-tour imprimé au piston; 3° en une canule très-fine creusée d'un canal capillaire, longue de 35 millimètres et s'adaptant à la seringue.

Fig. 176. — *Mors fenêtrés (porte à faux) de Charrière.*

Fig. 177. — *Brise-pierre uréthral de Reliquet.*

l'explorateur est coupé à la longueur de la canule, de telle sorte que lorsqu'on introduit celle-ci dans l'explorateur, son extrémité affleure au sommet de la boule sans faire de saillie. — On introduit l'instrument jusqu'au point que l'on veut toucher avec le liquide, puis on fait exécuter à la vis autant de demi-tours que l'on veut introduire de gouttes, puis on retire l'instrument en ayant soin d'abaissement et de maintenir la verge tendue sur l'explorateur, afin d'éviter le retour du liquide qui pourrait avoir lieu si la quantité de celui-ci était considérable : c'est en quelque sorte emporter un véritable *collyre de l'urèthre*. L'état granuleux du canal,

résultant d'une blennorrhée persistante avec spasme, est modifié heureusement par l'injection suivante :

Eau distillée.....	30 grammes;
Chlorhydrate de morphine.....	60 centigrammes;

on commence par six ou huit gouttes et on augmente la dose graduellement.

La sensibilité et le ténesme dû à la cystite du col, produits par certains rétrécissements, se trouvent également amoindris par le même moyen. Dix à vingt gouttes injectées une ou deux fois par jour donnent des effets remarquables.

C'est encore dans la blennorrhée avec rétrécissement que M. Félix Guyon emploie comme collyre uréthral la solution,

Eau distillée.....	30 grammes;
Nitrate d'argent.....	60 centigrammes;

et à la dose de deux, trois et quatre gouttes. En pareils cas, c'est derrière la coarctation qu'il faut porter l'instrument. Ce traitement n'est pas douloureux : on ne constate guère qu'une cuisson légère et une augmentation de l'écoulement, en même temps que ce produit acquiert plus de consistance : cet effet n'est que temporaire, car bientôt l'écoulement diminue et finit en peu de temps par se supprimer tout à fait.

f. RÉTENTION D'URINE INCOMPLÈTE. — *Cathétérisme graduel, sans injection, sans emploi de l'électricité.* — Elle se présente sous deux formes (1) : *avec* ou *sans* distension de la vessie. — *Dans le premier cas*, saillie perçue à la palpation, incontinence, ce qui donne le change aux malades dont la santé générale décline et qui se plaignent plutôt de l'estomac et du tube digestif; de plus, les urines sont incolores, *trop belles* même parce qu'il y a polyurie : il y a donc plus de phénomènes généraux que locaux. *Dans le deuxième cas*, plutôt des phénomènes locaux que généraux : les malades se plaignent d'uriner difficilement, urines troubles, fréquence des mictions, cystite permanente.

C'est la prostate qui est le plus souvent la cause de ces rétentions incomplètes. — M. Félix Guyon pratique dans ces cas l'évacuation de l'urine avec certaines précautions : ainsi la déplétion ne doit pas être rapide et complète du premier coup, parce qu'en agissant de la sorte, on s'exposerait à produire des accidents de cystite surai-

(1) Guyon, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, février 1877.

ne pouvant gagner l'urèthre et les reins : on fait graduellement plusieurs cathétérismes par jour, ce qui améliore l'état général et fait disparaître la dyspepsie. — Il considère comme dangereuse l'électricité appliquée à ces orifices qui ont perdu leur contractilité, et il en est de même pour lui des injections stimulantes et froides. — Le *cathétérisme répété* est le seul moyen à employer.

g. CONTUSION GRAVE DU PÉRINÉE. — *Incision immédiate, sonde à demeure.* — Dans le cas de contusion grave du périnée (déchirure du bulbe à sa partie moyenne) la rétention d'urine est le point capital qui n'admet aucune temporisation. — M. Félix Guyon, comme MM. Notta, Cras, Rochard (1), pense que le cathétérisme est dangereux et ne peut qu'augmenter l'hémorrhagie : en admettant même qu'il réussisse, il ne conjure pas les complications. — Incision immédiate fort longue et sonde à demeure qu'on ne laisse pas séjourner plus de trois ou quatre jours, sont les deux préceptes nettement posés par lui et qui ont reçu l'assentiment de presque tous les chirurgiens.

2° AFFECTIONS DU TUBE DIGESTIF.

a. FISTULE A L'ANUS. — *Procédé classique.* — M. Félix Guyon, dans les cas de fistules chez les phthisiques, n'opère que lorsque les malades éprouvent soit une gêne extrême, soit de *grandes douleurs :* il agit ainsi non pas parce qu'il croit que faire disparaître cet exutoire soit une chose nuisible, mais parce que la plupart du temps la cicatrisation ne s'obtient pas complétement ; il reste toujours un ou plusieurs pertuis fistuleux qui suppurent sans cesse et nécessitent alors, si le chirurgien y consent, de nouvelles opérations pas plus efficaces que la première.

b. FISSURE ANALE. — *Dilatation cruciale.* — Il n'emploie pas le chloroforme, car cet agent est contre-indiqué ici comme dans tous les cas où la syncope est à craindre, et il pratique la dilatation très-rapidement et de la manière suivante : le malade couché (2) et les fesses fortement écartées, il introduit l'index gauche dans le rectum sur le point diamétralement opposé à l'endroit où est la fissure, puis, se servant du doigt déjà introduit comme conducteur, il glisse sur lui et très-rapidement l'index droit parfaitement huilé, dilate dans un sens, retourne les doigts suivant le diamètre opposé et dilate encore.

c. OBSTRUCTION INTESTINALE. — *Injection d'acide carbonique.* —

(1) Guyon, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1877.
(2) C.-A. Ducamp, *De la fissure à l'anus*. Thèse inaugurale. Paris, 1876.

M. Félix Guyon a employé avec succès ce moyen chez un homme de soixante-deux ans (1). Une sonde œsophagienne fut introduite dans le rectum aussi haut que possible, et on adapta à son extrémité inférieure le robinet d'un siphon d'eau de Seltz. A mesure que l'eau pénétrait et distendait les anses intestinales, on poussait la sonde jusqu'à 40 centimètres. Au bout de la seconde tentative, il y eut expulsion de matières fécales abondantes, et le malade guérit parfaitement. Dans deux cas analogues, MM. Bouchut et Béhier ont eu recours au même procédé et avec succès. M. Pitois, de Rennes, a guéri également de la même manière un malade chez lequel il avait essayé en vain les lavements et les purgatifs.

3° AFFECTIONS OSSEUSES ET ARTICULAIRES ET ÉPANCHEMENTS DANS LES BOURSES SÉREUSES.

a. EMPLOI DE LA COMPRESSION OUATÉE. — Il fait usage de cette compression dans le cas de fongosités articulaires, d'hydarthrose considérable du genou, d'hygroma séreux ou séro-sanguin de la bourse pré-rotulienne ou rétro-olécrânienne. La partie malade est entourée d'une bonne couche d'ouate, puis *placée dans une gouttière métallique*, et la compression se fait à l'aide de bandes roulées tout autour de cette gouttière sur la partie postérieure de laquelle le membre prend un point d'appui solide. De cette manière il peut exercer une compression très-énergique sans déterminer des souffrances chez le malade.

Dans le cas d'hygroma il fait une simple ponction et applique immédiatement cette compression. Pour l'hygroma de la bourse rétro-olécrânienne, il a le soin de fléchir l'avant-bras sur le bras pour que la poche ne puisse se déplacer et reste bien appliquée sur le plan osseux sous-jacent.

b. ANKYLOSE FIBREUSE DU COUDE INCOMPLÈTE. — *Redressement manuel et mécanique.* — M. Félix Guyon fait usage du massage et des manipulations, mais il faut que ces différents mouvements communiqués à l'articulation malade soient exécutés par des mains intelligentes et que le bras soit solidement fixé quand on les exécute. Il emploie aussi, outre le redressement manuel, l'appareil de Bonnet dans lequel les deux segments du membre sont compris dans deux gouttières articulées, et qui permet de fixer pour un instant l'avant-bras dans la position fléchie qu'on a obtenue graduellement, puis de le retirer ensuite (fig. 178).

(1) Guyon, *Journ. de méd. et de chir. pratiques*, 1875.

c. FRACTURE DE LA JAMBE. — *Appareil inamovible.* — Après réduction, il obtient au bout de quelques jours l'immobilisation absolue à l'aide de l'appareil plâtré, et il insiste tout spécialement sur l'emploi de l'*attelle plâtrée postérieure* coudée au niveau de la plante du pied qu'elle maintient bien relevée. S'il existe une plaie communiquant avec le foyer de la fracture, il en pratique l'occlusion immédiate

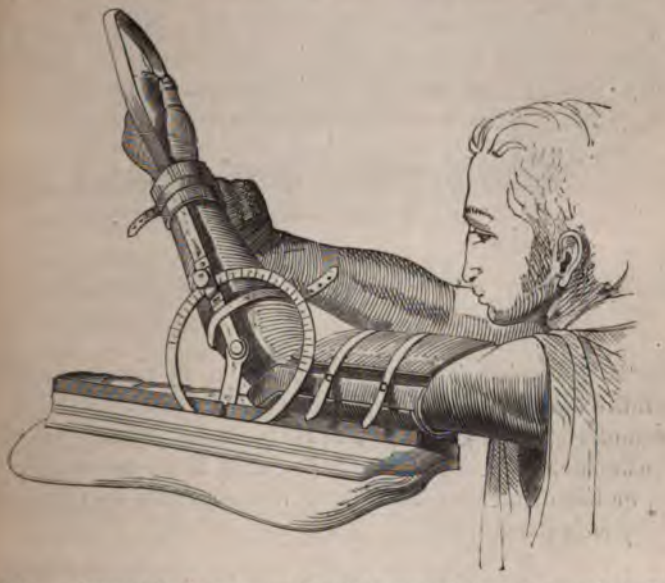


Fig. 178. — *Appareil de Bonnet pour le rétablissement des mouvements de flexion et d'extension du coude.*

avec des *nuages d'ouate* imbibée de collodion qu'il applique directement sur la solution de continuité.

La combinaison du collodion et de l'ouate que nous lui avons vu employer bien souvent, depuis quelques années, à l'hôpital Necker, nous semble être un excellent mode d'occlusion : pour qu'il soit parfait et puisse résister à l'action des cataplasmes prolongés, aux lavages et même aux grands bains, cet amalgame doit être fait de la manière la plus intime : pour cela, dit-il (1), la plaie et les téguments voisins sont imprégnés de collodion, on passe une seconde couche de collodion : puis on met une pellicule nouvelle d'ouate et l'on continue de la sorte jusqu'à ce que l'on ait constitué une *croûte artificielle*, épaisse de quelques millimètres. Plus les particules

(1) Félix Guyon, *Éléments de chir. cliniq.*, 1873, p. 510.

d'ouate sont légères, mieux se fait l'amalgame et plus grand la solidité de l'occlusion.

d. FRACTURE DE LA ROTULE. — *Combattre les phénomènes inflam toires.* — *Vésicatoire.* — Dans cette fracture, M. Félix Guyon (1) pe que l'on se préoccupe trop de la contention des fragments et assez des phénomènes inflammatoires qui en provoquent le dé

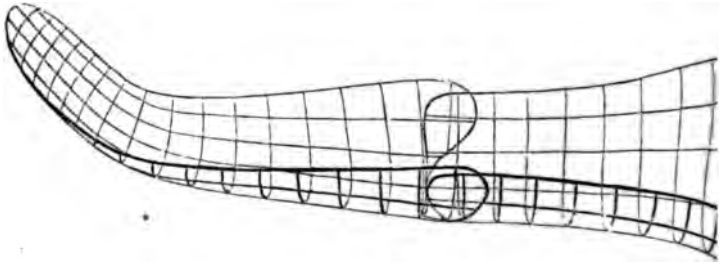


Fig. 179. — *Gouttière de fil de fer d'après le système de Mayor, pour le me inférieur.*

cement. Il combat l'arthrite et l'épanchement par l'immobilit membre dans une gouttière, puis par un grand vésicatoire su face antérieure du genou (fig. 179) et une compression consécu avec l'ouate. La consolidation a lieu sans autre moyen spécial lieu de tourmenter les blessés par des appareils souvent inut quelquefois dangereux.

4° AFFECTIONS DU COU ET DE L'OREILLE.

a. RÉTRÉCISSEMENT CICATRICIEL DE L'ŒSOPHAGE. — *Dilatation* L'usage classique des boules œsophagiennes métalliques ou en i lui ayant paru occasionner beaucoup de douleurs et provoquer efforts de vomissement fort pénibles chez certains malades, M lix Guyon pratique la dilatation du point rétréci à l'aide des gr et longues bougies imaginées à cet effet par M. le professeur Ri Elles sont de volume gradué, terminées en olive et possédant leur intérieur de petites masses de plomb qui les rendent plus des et facilitent leur acheminement dans la cavité de l'œsop Leur extrémité supérieure est vissée à un mandrin terminé p anneau qui sert à conduire plus commodément la sonde ju destination.

(1) Félix Guyon, *Journ. de méd. et de chir. prat.* Août 1874.

. OTITE SUPPURÉE. — *Drainage du conduit auditif externe.* — Ce yen est des plus simples, il n'a rien d'effrayant pour les ma- les. Son application est facile et son but bien défini. Il a pour et (1) d'assurer à l'aide d'un drain de moyen volume et de 3 centi- tres de longueur, plongé dans le conduit auditif, mais sans tou- er la membrane du tympan, le libre et continuel écoulement au ors du pus versé ou sécrété dans le conduit auditif externe. Ce re et facile écoulement, dit M. Félix Guyon, modifie avec rapidité symptôme douleur : les crises perdent de leur intensité et bientôt paraissent ; la marche de la maladie peut même être très-favora- ement influencée.

Comme le fait remarquer très-judicieusement ce chirurgien, la position normale du conduit auditif se prête mal à cet écoule- ent libre et continu, nécessaire à la guérison régulière de toute vité suppurante ; il est donc facile de comprendre que le pus doive amasser dans la partie profonde du conduit auditif et qu'il puisse, s'y accumulant, déterminer des symptômes douloureux et en- etenir par son évacuation imparfaite les lésions qui en ont déter- iné la sécrétion. Le conduit auditif subit donc, à cet égard, la loi thologique qui régit toutes les cavités suppurantes.

Il a appliqué ce mode de traitement et avec succès sur deux ma- des : l'une d'elles avait une otite externe suppurée dont les phé- omènes douloureux étaient dus à la rétention du pus accumulé ans la partie profonde du conduit ; chez l'autre, il s'agissait d'une tite moyenne suppurée avec perforation du tympan et envahisse- ent des cellules mastoïdiennes. Dans ce dernier cas, les symp- ômes douloureux, à la suite de l'établissement du drain, s'amen- lèrent très-rapidement. Ce gonflement œdémateux de la région mastoïdienne diminua, puis disparut le quatrième jour, et la ma- lade se trouva dès lors à l'abri des complications menaçantes nées ous l'influence de l'inflammation des cellules mastoïdiennes.

5° PLAIES. — AMPUTATIONS. — ONGLE INCARNÉ.

a. PANSEMENT DES PLAIES. — *Ouate préparée remplaçant les éponges t la charpie* (2). — M. Félix Guyon a été conduit en quelque sorte ar le hasard à une nouvelle préparation d'ouate : obligé par irconstance de se passer d'éponge et de linge, et se servant 'un tampon d'ouate comme moyen de lavage, ce chirurgien

(1) Guyon, *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, n° 6. Décembre 1876.
(2) Guyon, *Journal de thér.*, 10 fév. 1876.

remarqua que l'immersion répétée de l'ouate lui donnait de
en plus la propriété de l'imbibition : il en prépara donc de la
nière suivante : il plongea des carrés d'ouate pendant cinq à
minutes dans un bassin d'eau, en les retournant fréquemment
en exerçant sur eux des pressions répétées : ce fut d'abord de l'
ordinaire qu'il employa ; puis, dans la pensée d'avoir un mode
pansement antiseptique, il substitua à l'eau la solution d'acide p
nique (1 p. 100). Une fois imprégnée de ce liquide, l'ouate est
gneusement exprimée par une forte pression, roulée en boule
déposée dans un bocal en verre hermétiquement fermé par un bo
chon de liége. Cette ouate, ainsi préparée, et qui peut se conser
pendant quelques jours, remplace pour M. Félix Guyon les épon
et la charpie.

b. AMPUTATION DE LA JAMBE. — 1° SUS-MALLÉOLAIRE. — *Procédé lambeau talonnier.* — Ce procédé, décrit par M. Félix Guyon (1) et q
est l'analogue de celui qui a été imaginé par M. Marcellin Duval,
pour but de supprimer le lambeau antérieur qui est défectueux et
prendre à la partie postérieure du membre le plus possible de pa
ties molles. C'est un procédé elliptique comme celui du poigne
Incision concave en bas, qui commence sur la face antérieure de
jambe, à trois travers de doigt de l'extrémité de la malléole interne
descend sur le côté interne du membre et gagne l'axe de la mal-
léole. Elle se continue en obliquant légèrement jusqu'à la limite
la plus inférieure du talon ; là, elle devient transversale et aboutit
au côté externe du membre : elle remonte alors pour gagner
obliquement le sommet de la malléole, puis la demi-courbe à con-
cavité inférieure primitive. Dissection : on détache le tendon d'A-
chille de ses insertions. Section des muscles par transfixion. Su-
tures. Emploi de l'attelle en liége postérieure et volumineuse de
Laugier.

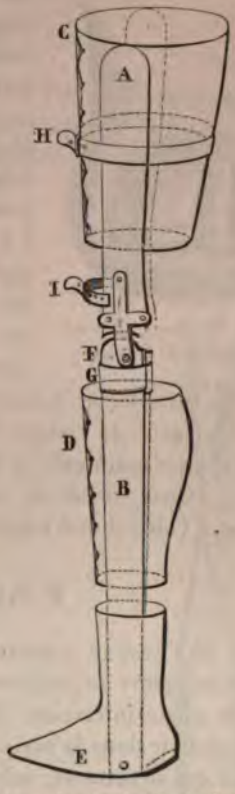
2° AU LIEU D'ÉLECTION. — *Prothèse.* — M. Félix Guyon a employé
plusieurs fois le procédé à lambeau externe de Sédillot (2) et n'a eu
qu'à s'en louer. L'appareil de M. de Beaufort (3), dont il se sert
comme prothèse, et dont le principal avantage réside dans son bon
marché qui le rend accessible à la classe ouvrière, est le seul qui
soit fourni dans nos hôpitaux.

Le *pilon* (fig. 180) est constitué par une jambe de bois ordinaire
A, qui présente au bas un pied de tilleul B creusé en C d'une mor-

(1) Guyon, *Bull. de la Soc. chir.*, p. 334. 1869.
(2) Sedillot, *Contributions à la chirurgie.* Paris, 1869.
(3) De Beaufort, *Prothèse des membres.* Paris, 1867.

rrée recevant le montant de frêne E. En D est une plaque
e.

mbe (fig. 181) se compose de deux attelles latérales de hêtre
et Spillman) brisées en F et réunies par un bouton rivé aux



. — Pilon de M. de Beaufort. Fig. 181. — *Jambe de M. de Beaufort.*

xtrémités. Ces deux attelles sont fixées sur une gaîne en
Une courroie H fixe les attelles fémorales autour de la cuisse.
rtificiel analogue à celui du pilon et terminant l'appareil.
e mobilité au niveau de l'articulation tibio-tarsienne.

GLE INCARNÉ. — *Déplacement du bourrelet par glissement.* —
de retrancher les chairs malades, M. Félix Guyon a cherché à
r l'ongle en raccourcissant la peau exubérante et en la faisant
latéralement. Par trois incisions (deux transversales prati-
aux extrémités des parties ulcérées, une troisième antéro-

postérieure parallèle à l'ongle et située en dehors du bourrelet) il transforme ce bourrelet en un lambeau carré qu'il n'enlève pas, mais qu'il veut simplement déplacer latéralement. Pour cela, il retranche une portion du derme rectangulaire comprise entre les deux incisions transversales prolongées et une seconde incision antéro-postérieure réunissant leurs extrémités (fig. 182). L'étendue de ce rectangle enlevé est proportionnée au déplacement qu'on veut obtenir. C'est dans cette portion rectangulaire cruentée, de la longueur de l'ongle et d'une largeur de 2 à 3 millimètres qu'il fait glisser, pour l'y loger, le lambeau carré également rectangulaire représentant le bourrelet. Il réunit ensuite par la suture avec des fils d'argent le bord du lambeau et le bord de la plaie : de cette façon il est facile de comprendre que l'on a dégagé le bord incarné de l'ongle. Parfois il ne place pas de sutures et il lui suffit, pour maintenir le bourrelet dans sa nouvelle loge cruentée, d'appliquer sur lui un petit rouleau de diachylon qui est immobilisé à l'aide d'une bandelette également agglutinative.

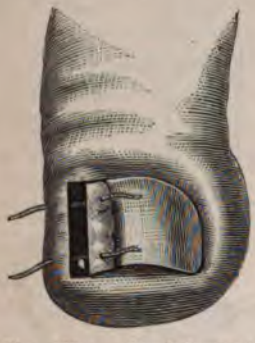


Fig. 182. — *Ongle incarné.* Procédé de F. Guyon.

6° PLAIES DES ARTÈRES.

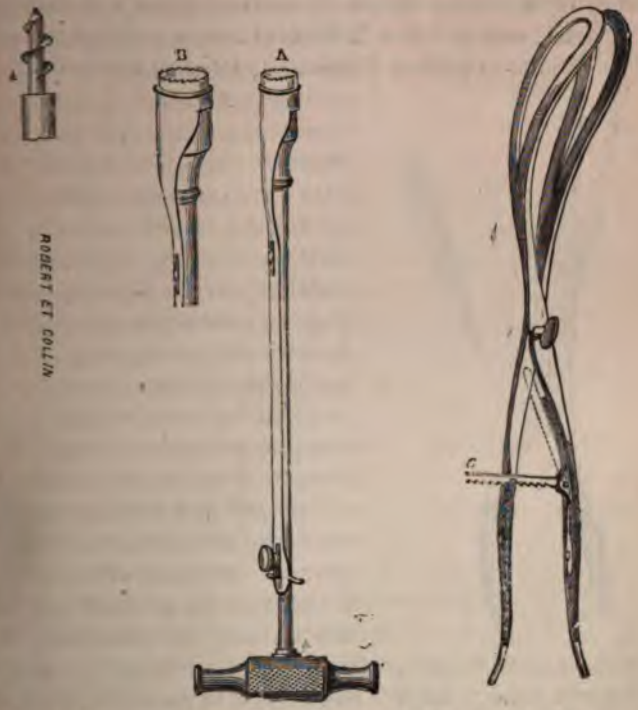
PLAIE DE L'ARTÈRE CUBITALE (partie inférieure). — *Ligature du vaisseau en dehors du pisiforme.* — Lorsque cette artère est sectionnée à la partie inférieure, il est généralement facile de trouver le bout supérieur dans la plaie, mais il n'en est pas de même du bout inférieur qui se rétracte, échappe souvent à la vue et peut, à un moment donné, fournir une nouvelle hémorrhagie. Dans ces cas, M. Félix Guyon ne s'obstine pas à chercher ce bout inférieur dans la plaie et lie le vaisseau en dehors du pisiforme.

Ce chirurgien a décrit en effet, à ce niveau, une petite région anatomique bien limitée où se trouvent, par ordre de superposition, la peau, le tissu cellulaire, l'aponévrose et le tendon du cubital antérieur, une boule graisseuse constante analogue à celle du buccinateur, enfin le nerf cubital en dedans et l'artère en dehors. Il suffit, comme du reste nous avons pu nous en rendre compte bon nombre de fois sur le cadavre, de faire une petite incision de 1 centimètre et demi à peine, immédiatement en dehors du pisiforme, pour écar-

boule graisseuse et trouver très-facilement le vaisseau ac-
nerf cubital. Il est bien plus commode, plus efficace et plus
l'avoir recours à ce moyen que de rechercher longtemps
dans la plaie et de s'exposer à ne pas réussir.

7° OBSTÉTRIQUE.

LOTRIPSIE. — *C. intracrânienne. — Trépanation du corps du*
e. — M. Félix Guyon a imaginé une nouvelle méthode de cé-
psie qui lui a valu le prix Barbier (1867), et qu'il baptise de



— Tire-fond. Fig. 184. — *Tréphine.* Fig. 185. — *Petit forceps à crémaillère.*

ppareil de Félix Guyon pour la céphalotripsie intra-crânienne.

e de *intracrânienne*, parce qu'elle a pour effet, en trépanant le
sphénoïde de permettre le broiement facile de la base du
r le céphalotribe. Son appareil (fig. 183, 184, 185) se com-

pose d'un long *tire-fond* dont la tige peut être introduite dans un canal creusé dans *deux trépans* d'inégale largeur. Voici comment il procède : le tire-fond est appliqué sur la voûte crânienne et quelques mouvements de rotation lui permettent de pénétrer dans les os. Sur ce tire-fond, dont la tige pend à l'extérieur, on engage le trépan le plus gros qui enlève une large rondelle au cuir chevelu et aux os. Tire-fond et trépan tombent avec cette rondelle, le doigt indicateur pénètre alors dans le crâne, déchire la pulpe cérébrale et arrive sur les apophyses clinoïdes : le tire-fond guidé par ce doigt est alors introduit dans le corps du sphénoïde, puis le petit trépan glisse sur le tire-fond et pénètre dans ce dernier os dont il entraîne une rondelle; le crâne privé de son soutien central a grande tendance à s'affaisser, peut se briser facilement avec le petit forceps à crémaillère ci-joint et permet d'extraire la tête fort aisément.

HOPITAL SAINT-LOUIS

M. LE DOCTEUR PÉAN (1)

1° ORGANES GÉNITO-URINAIRES (HOMME ET FEMME).

a. CARCINOME DU COL UTÉRIN. — *Emploi du cautère actuel.* — L'excision du col en creusant dans l'intérieur de l'organe un cône à sommet supérieur, comme le faisait Lisfranc, est une opération donnant trop de chance aux hémorrhagies foudroyantes pour qu'on puisse se hasarder à la préconiser comme méthode générale. M. Péan aurait tendance aussi à rejeter, au moins dans la plupart des cas, l'emploi du galvano-cautère, comme exposant également les malades, en raison des eschares profondes qu'il détermine, à des hémorrhagies fréquentes tant primitives que consécutives. Pour lui le *cautère actuel* est bien préférable et plus sûr; mais ce n'est pas le cautère à boule simple qu'il emploie, car ce dernier s'éteint trop vite sur les tissus et ne porte son action que beaucoup trop superficiellement, sans détruire le mal dans sa profondeur. Il donne la préférence aux *cautères coupants* rougis au feu, et principalement à ceux qui sont en *forme de petites pelles* tranchantes et légèrement creuses avec lesquelles il lui est facile d'entamer le col utérin, et d'agir profondément pour enlever la totalité du produit morbide.

Fig. 186. — *Pince-scie de Péan.*

A, clef; A', canon; B, articulation des branches; C, lame; D,D, poignée.

(1) 1865, chirurgien du bureau central. — 1866, Hôpital des enfants assistés. — 1867, Hôpital de Lourcine. — 1872, Hôpital Saint-Antoine. — 1872, Hôpital Saint-Louis.

b. POLYPE UTÉRIN. — *Forceps-scie.* — *Ligature, porte-nœuds.* — Le manuel opératoire est différent selon le volume et la disposition du polype. S'il est de moyenne dimension, inséré assez bas et bien pédiculé, il est saisi à l'aide de fortes pinces de Museux, comme le veut Dupuytren, et attiré à la vulve : son pédicule est alors sectionné, soit avec de gros ciseaux courbes, soit par le bistouri. Si la tumeur est volumineuse, il emploie aussi le *morcellement*, à l'exemple de Velpeau. Il a fait construire également, pour sectionner la masse fibreuse aussi haut que possible au niveau de sa partie la plus étroite, un instrument nommé *forceps-scie* (fig. 186), composé de deux longues tiges légèrement concaves : dans l'une des branches se trouve cachée une scie longue et à dents très-fines que l'on fait saillir au dehors à l'aide d'un mécanisme particulier ; une fois que l'instrument est placé dans la position voulue, on peut scier le corps fibreux en imprimant des mouvements de va-et-vient à un manche glissant dans l'une des branches du forceps.

Cette opération pourrait prendre le nom de *serre-cision* (étymologie *serra*, scie) qui viendrait se ranger à côté des mots de excision, incisions.

Lorsque le polype a son pédicule situé à une hauteur telle qu'il est difficile de l'atteindre et d'y glisser aisément la chaîne de l'écraseur, M. Péan se sert, pour en faire la *ligature*, de deux sondes en gomme largement ouvertes à leurs deux extrémités comme dans l'appareil de Niessen ou de Levret (fig. 187, 188) et par lesquelles passent les deux longs chefs d'un gros fil dont on conduit l'anse libre tout autour du pédicule en faisant cheminer sur la masse l'une des sondes qui revient bientôt croiser l'autre, comme dans le procédé de Desault (fig. 189). Ce moyen bien simple, puisqu'il ne nécessite pas l'emploi d'instruments compliqués, est l'analogue de celui qui a été décrit par Alexis Favrot(1), mais dans lequel l'agencement du fil destiné à entourer le pédicule se trouve un peu plus compliqué : dans ce dernier procédé, deux sondes en gomme élastique, de dimension variable, sont également substituées aux autres porte-nœuds : on coupe leurs extrémités au-dessous des yeux, puis prenant un gros fil de soie bien fort et d'une longueur de 2 mètres environ, on le dispose en double et on fait passer ce fil replié dans les deux sondes, de façon à ce que la boucle formée par le milieu de toute sa longueur, dépasse l'extrémité inférieure de l'une des algalies, tandis que les deux chefs libres dépassent la même extrémité de

(1) Favrot, *Revue médico-chirurgicale*, 1818.

e sonde. Ceci fait, on dédouble la portion du fil comprise en-
s deux extrémités supérieures des sondes, et on l'attire en
Le fil simple qui reste alors entre les deux bouts supérieurs de
ndes est porté en arrière du pédicule de la tumeur; on n'a en-
qu'à rapprocher les deux algalies l'une de l'autre, en avant de

187. — *Double ule de Levret.*

Fig. 188. — *Appareil de Niessen pour la ligature des polypes, modifié par Gooch.*

Fig. 189. — *Ligature (procédé de Desault).*

sse et à tirer sur les deux chefs libres à la fois, jusqu'à ce qu'il
arrêt, pour que le polype soit enserré : l'algalie où se trouvait
icle devient libre et un mandrin introduit dans l'autre sonde
à serrer les fils au degré que l'on juge convenable. — Dans
océdés que nous venons d'esquisser et qui, en raison de leur
icité, doivent être certainement appréciés par ceux des prati-
qui exercent loin des grands centres, on pourrait se servir à

la rigueur, si on n'avait pas de sonde à sa disposition, de deux branches de sureau creusées à leur intérieur.

c. KYSTE DE LA GRANDE LÈVRE. — *Drainage.* — L'incision étant la plupart du temps insuffisante par suite de la grande facilité avec laquelle se referme l'ouverture pratiquée, M. Péan préfère passer, à l'aide du trocart courbe, un gros tube à drainage à travers le kyste qui est soumis à des lavages, et devient bientôt le siége d'une suppuration abondante. C'est par cette méthode que nous lui avons vu opérer un kyste énorme à contenu sirupeux analogue au *méconium*, chez une femme de 42 ans.

d. KYSTE DE L'OVAIRE, MULTILOCULAIRE. — *Ovariotomie.* — Cette opération ne saurait avoir de règles complétement immuables. Attacher la plus grande importance aux détails les plus minutieux en apparence, soit avant, soit pendant, soit après l'opération.

I. *Traitement préparatoire.* — Combattre la pneumatose, si elle existe, par les purgatifs ; — n'opérer que trois ou quatre jours après la cessation des menstrues ; — éviter les *ajournements*, qui exercent une mauvaise impression sur le moral de la malade ; — laisser la malade *s'acclimater* dans la chambre où doit être faite l'opération, et qui est spacieuse, aérée, en bon air et dans les *meilleures conditions hygiéniques* possibles.

Les *instruments* dont se sert M. Péan sont extrêmement nombreux; nous ne ferons que mentionner les principaux (40 à 50 petites pinces hémostatiques à arrêt et à extrémités en T couché ; pinces à pression continue ou serres fortes (fig. 190) ; serre-nœuds ordi-

Fig. 190. — *Pince à pression continue.*

naires, 7 à 8 serre-nœuds Cintrat ; pince-ligateur et ligateur serre-nœud Cintrat; longues pinces à mors plats et à pointes ; aiguilles courbes ; longue aiguille courbe à manche et à chas brisé; rétracteurs larges pour maintenir les parois ; clamp de Backer-Brown et clamp en pince pour isoler les parties que l'on veut cautériser ; trocarts d'ovariotomie gros et de diverses dimensions ; grattoir recourbé sur le plat et à bords mousses pour détacher les adhérences ; tiges droites rigides pointues pour fixer le pédicule ; éponges, serviettes chaudes).

Lit Gueride séparé en deux : la partie correspondante aux pieds est enlevée, et on lui substitue deux larges gouttières articulées en

de fer destinées à recevoir les jambes enveloppées de couvertures d'alèses.

Aides. — Ils n'entrent que lorsque l'*anesthésie* est complète (deux, ssis, maintiennent les cuisses : deux écartent les lèvres de la plaie : eux compriment le ventre et empêchent l'issue des intestins : un utre fait les sutures : trois pour passer les instruments, éponges, erviettes). La *vessie* est vidée.

II. *Opération.* — 1er *temps.* — *Section de la paroi abdominale de ombilic au pubis* et dont la longueur varie selon le volume de la asse du kyste. — Jeu des pinces hémostatiques qui sont laissées n place — attendre la cessation de toute hémorrhagie pour section- er le péritoine sur la sonde cannelée ou sur l'index gauche.

2e *temps.* — *Diminuer la masse de la tumeur.* — Si les parois du yste sont minces, les ponctions avec le gros trocart suffisent ; il

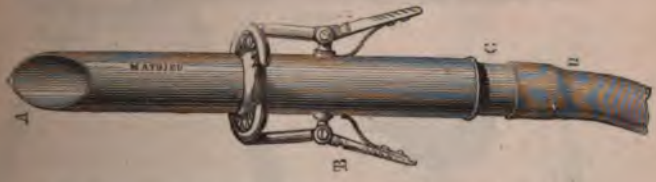


Fig. 190. — *Trocart de Spencer Wells, modifié par Péan.*

fait usage soit du trocart de Spencer Wells (fig. 191) à biseau acéré en A et qui fonctionne sans poinçon, soit celui de Kœberlé (fig. 192, 193) à bifurcation jusqu'au niveau de laquelle se retire le poin-

Fig. 192. — *Trocart de Kœberlé.*

çon. La branche C est mise en communication avec un appareil spirateur Potain, grand modèle ; si les parois sont épaisses, *méthode le morcellement* (anse métallique — serre-nœuds). M. L. Labbé 'emploie pas la ponction avec le trocart, mais bien l'incision des

poches avec le bistouri. Éviter par-dessus tout l'introduction de liquides dans le péritoine — jeu des éponges et des serviettes de

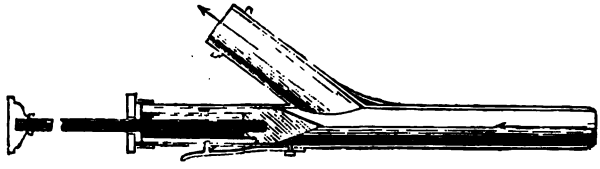


Fig. 193. — *Coupe du trocart de Kœberlé.*

flanelle chaudes ; attirer la poche au dedors à l'aide des longues et grosses pinces de Nélaton (fig. 194) dont les mors sont plats, striés et

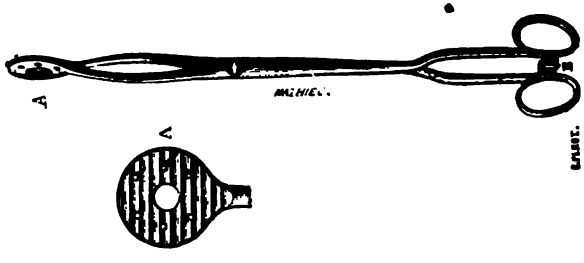


Fig. 194. — *Pince de Nélaton.*

armés de dents multiples et dont les branches sont munies d'une agrafe ou arrêt.

3e *temps.* — *Rupture des adhérences.* — *Extraction de la tumeur.* — Temps difficile et exigeant beaucoup plus de patience que de rapidité d'exécution, car c'est évidemment de la rupture des adhérences que vient tout le danger ; s'assurer des rapports avec les divers organes abdominaux ; — jeu des doigts, des éponges, des pinces, de la spatule, du grattoir sus-indiqué, des ligatures métalliques ou avec fil d'Écosse, de la pince-ligateur, du clamp qui permet les cautérisations inoffensives pour les tissus environnants. — Si la rupture de ces adhérences est impossible pour un segment du kyste, M. Péan le dispose en forme de sac, dont il fixe l'ouverture aux lèvres de la paroi abdominale. Ce dernier suppure extérieurement ou se mortifie. Nouvelles tractions faites avec ménagement pour empêcher l'issue des intestins. — Grande attention, adresse de l'aide qui suit tous les mouvements de la masse que l'on a soin de soutenir.

4e *temps.* — *Fixation et ligature du pédicule.* — *Excision de la tumeur.* — M. Péan a presque abandonné l'usage des clamps (fig. 194

(fig. 196) il passe au travers du pédicule de deux grosses broches droites, rigides, disposées en croix et au-dessous desquelles on place un double fil mécanique volumineux et serré par un serre-nœud de Cintrat. — Excision de la masse après avoir pris soin d'entourer le pédicule d'éponges ou de serviettes, pour empêcher

Fig. 195. — *Pince presse-pédicule (Mathieu).*

Fig. 196. — *Clamp de Spencer Wells.*

la pénétration des liquides provenant de cette section dans la cavité péritonéale.

Fig. 197. — *Clamp à cautérisation de Péan.*

5e *temps.* — *Toilette du péritoine, suture de la plaie.* — Jeu des pe-

tites éponges montées et des serviettes modérément chaudes
absorber les liquides. — Il a fait construire un clamp à cauté
tion (fig. 197) qui a la forme d'une tenaille à mors très-la
et très-écartés sur la surface desquels on promène le cautère.
tenailles sont utiles surtout dans les cas où il est impossible d'
rer au dehors les parties à cautériser. — Au moment de com
cer la suture, appliquer sur les intestins pour les préserver, et e

Fig. 198. — *Aiguille chasse-fil.*

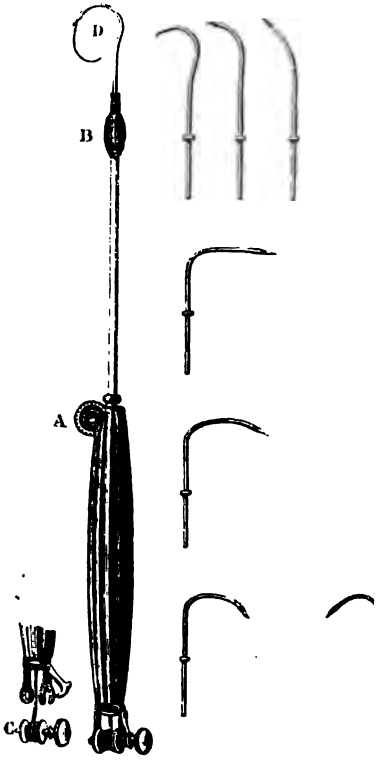


Fig. 199. — *Aiguille de Simpson.*

les lèvres de la plaie une serviette à la température du cor
Sutures (alternativement une profonde et une superficielle) de
en bas. Sutures entortillées, épingles à tête de verre. — Fil d'a
fin pour les profondes : — il fait usage soit de l'aiguille de S
son (fig. 198), soit du chasse-fil à roue dentée (fig. 199), ép

très-fines pour les sutures superficielles : jeu du propulseur chasse-épingle Cintrat. On retire peu à peu la serviette et on met en avant et en arrière du pédicule une grosse épingle à tête de verre forte.

III. *Soins consécutifs.* — La malade doit rester sur le dos. Cuisses maintenues fléchies par des coussins, éviter les secousses. — M. Péan applique parfois sur le ventre une couche de collodion et il l'entoure surtout d'ouate, — réchauffer le plus possible. Les soins consécutifs sont d'une importance capitale : garde intelligente et habituée à ce genre d'opérations, boissons excitantes, thé au rhum, boissons gazeuses, vin de Champagne. Cathétérisme toutes les trois heures, au lieu de laisser une sonde à demeure. — Opium. S'il y a douleurs, petits sacs remplis de glace sur le ventre. — Dès le deuxième jour, bouillon froid, vin généreux, quelques cuillerées; dès le troisième, usage des aliments solides.

Pédicule touché tous les jours avec le perchlorure de fer pour le mortifier et prévenir la suppuration ; — vers le cinquième jour on enlève les premières épingles remplacées par une suture sèche collodionnée, — le pédicule tombe du douze au vingt-cinquième jour, — ceinture hypogastrique à pelote verticale médiane.

e. CALCUL VÉSICAL (femme). — *Broiement et extraction de la pierre.* — L'urèthre de la femme, comme on le sait, se prête très-aisément à une dilatation considérable, de 20 à 35 millimètres de diamètre au moins (1); aussi M. Péan met-il à profit cette propriété pour pratiquer par le canal le broiement de la pierre vésicale chez la femme. C'est principalement à la dilatation brusque faite avec un instrument composé de deux moitiés de cylindre ou avec le petit doigt, qu'il a recours en pareille circonstance. Il ne nous a pas semblé redouter cet inconvénient sérieux, l'*incontinence d'urine* que M. Dolbeau (2) invoque énergiquement contre l'usage de cette méthode. M. Longuet (3) dit que, sur quinze opérées (P. Hybord, A. Cooper), deux fois seulement l'incontinence a succédé à la dilatation et encore d'une façon passagère. — A la suite de cette manœuvre pratiquée nécessairement avec anesthésie préalable, car elle est très-douloureuse, la pierre une fois broyée est extraite, du reste, avec la plus grande facilité.

f. RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTHRE. — *Divulsion.* — Dans les cas de

(1) P. Hybord, *Des calculs de la vessie chez la femme et la petite fille*, Thèse inaug. Paris, 1872.

(2) Dolbeau, *Traité de la pierre.* Paris, 1866.

(3) Longuet, *De la dilatation de l'urèthre chez la femme* (*Annales de Gynécol.*, mars et avril 1874).

rétrécissements uréthraux rebelles à la dilatation, M. Péan préfère l'uréthrotomie interne, à moins d'indications spéciales, l'emploi du divulseur cylindrique de M. Voillemier.

Cet instrument (fig. 200) se compose d'un conducteur et d'un mandrin. Le conducteur C est formé de deux lames d'acier *a* soudées

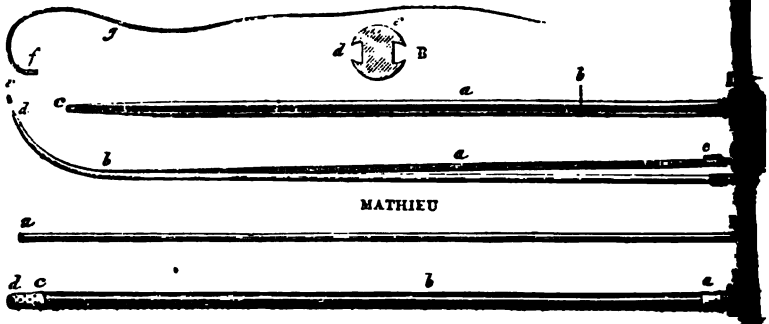


Fig. 200. — *Divulseur de Voillemier.*

dées (Gaujot et Spillmann) en *b* près de leur extrémité dans l'étendue de 4 centimètres et courbées comme une sonde. Convexes en dehors, planes en dedans, ces deux lames juxtaposées forment un petit cathéter de 2 millimètres de diamètre, au bout duquel est vissée en *d* la bougie conductrice *g* munie d'un ajutage *f*. La dilatation se fait en introduisant entre les deux lames précédentes et d'un *seul coup* le mandrin A se terminant en cône *c* du côté de la vessie et par un bouton à l'autre bout, ce mandrin creusé sur deux points opposés et dans toute sa longueur d'une gouttière *b* ayant la dimension des lames conductrices qui s'y logent : la coupe de ces deux gouttières donne la figure B,*d*. Donc l'instrument monté est toujours cylindrique.—Après la divulsion, introduction d'une sonde en gomme élastique n° 21 dans la vessie pendant vingt-quatre heures. C'est plutôt une méthode *par déchirement* que par dilatation.

2° AFFECTIONS DES OS ET DES ARTICULATIONS.

a. LUXATION COXO-FÉMORALE (variété ovalaire ou en dedans). — *Méthode par adduction et rotation en dedans.* — Le pronostic de cette variété, l'analogue de la luxation sous-coracoïdienne de l'humérus, est très-sérieux même après la réduction opérée, puisque A. Richard (1) dit qu'un de ses malades était encore couché, au

(1) A. Richard, *Pratique journalière de la chirurgie.* Paris, 1868.

ut de huit mois, après avoir présenté plusieurs abcès articu-
res : le même chirurgien ajoute que sur onze cas observés par
i de luxation du fémur, trois malades étaient restés estropiés.
Si la réduction ne peut être obtenue, le malade (Hippocrate l'a
n indiqué) chemine comme une moitié de cul-de-jatte, la cuisse
la jambe fortement éloignées du tronc : aussi le chirurgien
it-il faire tous ses efforts pour éviter une semblable difformité.
Chez les bateleurs, sur lesquels se produit souvent ce déplace-
ent, la tête se replace d'elle-même dans la cavité cotyloïde
rs de la contraction musculaire; mais il n'en est pas de même
ez les autres sujets. — La première indication est de chercher à
re éprouver au membre luxé un double mouvement en sens in-
rse de celui qui a présidé au déplacement : ainsi, comme généra-
ment le mécanisme qui l'a produit est un mouvement d'abduction
rcée auquel fait suite immédiatement celui de la rotation en
hors, on doit s'attacher à faire suivre à la tête la même voie par-
ourue, mais à l'aide d'un double mouvement d'adduction et de
tation en dedans. — M. Péan, après avoir chloroformisé, fait *fixer*
bassin par une alèze en cravate dont les deux extrémités sont
lidement maintenues sur le côté opposé à la lésion : pour opérer
contre-extension, une seconde alèze pliée également en cravate fait
office d'une croupière embrassant l'aine du côté sain et dont les
ux chefs sont tirés par des aides verticalement, c'est-à-dire pa-
llèlement au tronc, mais avec modération de peur de fracturer le
mur. — Pendant que des aides opèrent l'*extension* et la *rotation en*
dans en agissant sur l'extrémité du membre, le chirurgien exerce
es pressions sur la tête de dedans en dehors et de bas en haut,
t pratique la *coaptation*. — Après la réduction, une précaution
xcellente pour empêcher la luxation de se reproduire est, comme
conseille M. Chassaignac, d'unir les deux jambes l'une à l'autre
t de les maintenir dans l'immobilité à l'aide d'une bande roulée.

b. ANKYLOSE SCAPULO-HUMÉRALE FIBREUSE. — *Rupture des adhérences.* — C'est une des moins commodes à traiter, en raison de la grande ifficulté qu'il y a à fixer le scapulum, jointe aussi aux craintes que on a d'appuyer sur le thorax, quand on soumet le malade au som-eil anesthésique. — Immobilisant le plus possible l'omoplate par s mains d'un aide, M. Péan fait exécuter à la tête humérale des ouvements en divers sens, d'abord modérés et de plus en plus endus à mesure que l'on sent et même que l'on entend les adhé-nces se rompre.

c. ÉLIMINATION SPONTANÉE DE LA JAMBE, SUITE DE LA GANGRÈNE. —

SAILLIE DES OS. — *Évidement.* — Dans un cas de ce genre que nous avons observé dans son service à la suite de gangrène sénile de la jambe droite, la cicatrisation s'était achevée en laissant les deux os faire une saillie qui était la cause d'ulcérations fort douloureuses.— M. Péan est d'avis que, moins l'on touche à ces extrémités osseuses,

Fig. 201. — *Gouge.*

mieux cela vaut; cependant, pour rendre la cicatrice plus complète et plus régulière, et mettre un terme aux ulcérations, il croit parfois utile de pratiquer l'évidement des os.

Il emploie, à cet effet, soit la gouge ordinaire et le maillet (fig. 201

Fig. 202. — *Marteau.*

et 202), soit plutôt la gouge de Legouest, plus petite, plus solide que la précédente, à branche résistante et pesante tout à la fois, et qui

Fig. 203. — *Gouge de Legouest.*

peut (fig. 203) servir dans le plus grand nombre des cas. Cette gouge sculpte les os les plus durs, sous l'impulsion de la main, avec une incroyable facilité.

3° PLAIES D'OPÉRATIONS. — HÉMOSTASE.

FORCIPRESSURE. — *Pinces hémostatiques.* — Dans le cours de ses opérations, M. Péan ne s'arrête pas à chaque artère divisée pour placer une ligature, il continue après avoir saisi le vaisseau avec

ce qu'il se borne à laisser dans la plaie jusqu'à hémostase
e (1). Les pinces dont il se sert sont les pinces à anneaux modifiés et à arrêts (fig. 204), les pinces en T, triangulaires ou losangiques et les serres-fortes droites et courbes (fig. 205); à l'aide de pinces à mors de courbures différentes, il fait également pour les tumeurs (tumeurs érectiles principalement) l'hémostasie préventive (2).

– *Pinces hémostatiques de Péan.*

mostatique, modifiée par M. Au-
pince hémostatique en T. — 3,
tatique losangique. — 4, pince
triangulaire à coins ronds. —
ostatique triangulaire.

Fig. 205. — *Serres-fortes droites et courbes.*

4° AFFECTIONS KYSTIQUES.

A-BIFIDA. — *Ponction.* — *Badigeonnage au collodion.* — *Com-égère.* — Le procédé qui expose le moins à l'entrée de l'air avité rachidienne et auquel M. Péan a recours de préférence nction simple avec un trocart fin, suivie immédiatement l'application d'une couche de collodion élastique; une

et Exchaquet, *De la forcipressure ou de l'application des pinces à e chirurgicale*, 1875.
e service du professeur Verneuil.

légère compression est également exercée sur la poche. Si le liquide se reproduit, comme cela est d'ordinaire, quelques jours après il renouvelle la ponction. Si la tumeur s'affaisse, il réapplique du collodion à mesure qu'elle diminue. Il est clair que ce procédé ne peut réussir que dans les cas les plus simples et qu'il échoue, comme tous les autres, quand le kyste renferme une partie du centre nerveux confondue avec ses parois.

b. KYSTE SYNOVIAL, GANGLION DU POIGNET ET DE LA FACE DORSALE DU PIED. — *Ponction sous-cutanée, compression.* — M. Péan n'a qu'une médiocre confiance dans l'application des *topiques* résolutifs et dans l'emploi des *vésicatoires* répétés ou de la *compression* et de l'écrasement. Comme ces kystes contiennent le plus souvent une sorte de gelée de coing ou de groseille, cette masse ne sort pas aisément par la canule du trocart, aussi la *ponction* suivie de l'injection iodée n'est guère applicable, à moins de volume considérable de la tumeur. — Après avoir fixé et tendu le plus possible le kyste, en faisant prendre à la partie une position forcée qui varie selon la région à laquelle on a affaire, il pratique dans son intérieur une *ponction sous-cutanée* avec un bistouri étroit et en déplaçant la peau qui recouvre la tumeur ; par des pressions exercées sur cette dernière il en fait sortir l'intérieur et, immédiatement après, il exerce une compression (rondelles d'amadou — ouate) qu'il laisse à demeure un temps illimité, à moins qu'il ne survienne des accidents inflammatoires. Il a soin, afin d'avoir un point d'appui pour la compression, de placer la main ou le pied (doigts ou orteils étendus)

Fig. 206. — *Palette* ou *attelle palmaire digitée.*

Fig. 207. — *Semelle pour soutenir la plante des pieds.*

(fig. 206 et 207) sur une petite palette qui peut, suivant les besoins, se prolonger plus ou moins haut sous forme d'attelle pour l'avant-bras. Nous l'avons vu également opérer de cette façon un kyste synovial ou *ganglion de la face dorsale du pied gauche*, datant de six semaines chez un jeune homme de trente ans qui en rejetait la cause sur son métier de frotteur. — Il est à craindre, si on ouvre ou si

on excise ces kystes sans précaution, de les voir végéter par leur surface interne au lieu de s'atrophier, et de donner lieu à des tumeurs rouges, bosselées, fongueuses, dont le pronostic est beaucoup plus fâcheux.

Dans un cas de kyste synovial de la gaîne du *cubital postérieur* (homme de trente ans), datant de sept mois, qui se présentait sous forme d'une tumeur volumineuse et allongée située sur le rebord interne et postérieur de l'avant-bras, M. Péan crut devoir faire, pour permettre aux grains riziformes de sortir plus facilement, *deux ponctions* sous-cutanées, chacune à l'une des extrémités de la masse.

5° ÉPITHÉLIOMA DE LA FACE. — AUTOPLASTIE.

a. CANCROÏDE SUPERFICIEL DU NEZ. — *Chlorate de potasse.* — Si le cancroïde est en plaque et étalé superficiellement, M. Péan essaie, avant de recourir au bistouri, le procédé employé à Saint-Louis par le docteur Vidal, qui consiste à recouvrir toute l'ulcération de *poudre de chlorate de potasse* qu'il maintient appliquée pendant quelques minutes à l'aide d'un godet de diachylon circonscrivant le pourtour de la plaie.

b. DESTRUCTION DE LA PAUPIÈRE INFÉRIEURE. — *Autoplastie.* — *Méthode indienne.* — *Lambeau pris à distance, grande longueur et largeur du lambeau.* — Après avoir produit une perte de substance, prendre un lambeau sur la région temporale parce qu'on a une plaie dont les bords, en se rapprochant par la cicatrisation, ont tendance à attirer la paupière en haut, tandis que, si on s'adressait à la pommette, la cicatrice pourrait abaisser cette paupière : large lambeau, à l'exemple de Denonvilliers, avec pédicule large et épais afin d'en augmenter le plus possible la vitalité. — Suture avec fils de soie fins. — Éviter de tirailler ce lambeau qui doit plutôt s'appliquer par son propre poids.

c. ÉPITHÉLIOMA DU FRONT, DES LÈVRES. — *Ablation, incisions libératrices.* — *Autoplastie par glissement.* — Voici les règles générales suivies par ce chirurgien : ablation de la tumeur par l'instrument tranchant, rapidité d'exécution en rapport avec la grande quantité de sang fournie par ces tissus très-vasculaires : jeu des pinces hémostatiques (voir plus haut), incisions libératrices multiples, mais dont le nombre et la direction varient suivant les besoins du moment, dissection variable, autoplastie par glissement, rapprochement immédiat des lèvres saignantes des lambeaux, sutures entortillées qui arrêtent l'hémorrhagie sans qu'on soit obligé de pratiquer la moindre ligature.

6° AFFECTIONS DU TUBE DIGESTIF.

PLAIE DE L'INTESTIN. — *Serres-fines à l'intérieur.* — M. Péa
connaître, le 14 décembre 1869, à l'Académie de médecine

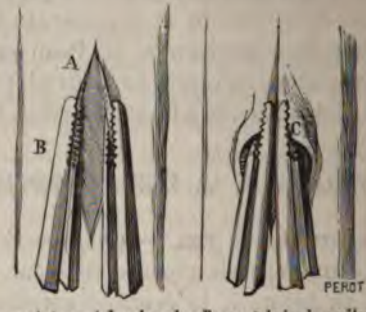


Fig. 208. — *Pinces saisissant les bords d'une plaie longitudinale de l'i*

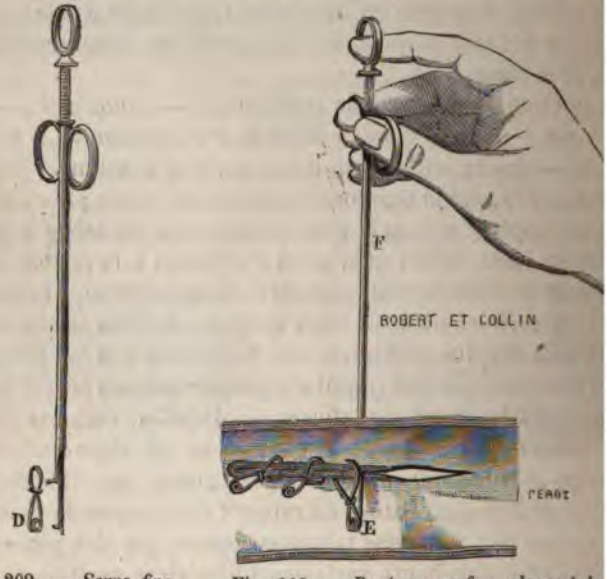


Fig. 209. — *Serre-fine et porte-serre-fine.*

Fig. 210. — *Porte-serre-fine plaçant la dans l'intestin.*

nouveau procédé relaté (2) par Gaujot et Spillmann et par

(1) Péan, *Note sur un nouveau mode d'occlusion des solutions de con l'intestin* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 14 déc. 1869, t. XXXIV, p. 1236).
(2) Gaujot et Spillmann, *Arsenal de la Chirurgie contemporaine*, 187

se propose de maintenir les lèvres de la plaie adossées par leurs surfaces séreuses, au moyen de *petites serres-fines placées dans la cavité de l'intestin*. — Ce procédé consiste à saisir les lèvres (fig. 208) de la plaie A à l'aide de deux pinces à dissection B, puis à les adosser en les renversant en dedans par un léger mouvement de torsion des pinces, mouvement représenté en C. — C'est au moyen d'un *porte-serre-fine* (fig. 209) que l'on place à l'intérieur de l'intestin les petites serres-fines différant des serres-fines ordinaires en ce qu'elles présentent au milieu une petite coulisse permettant de les maintenir ouvertes jusqu'au moment où les lèvres de la plaie sont interposées entre les mors. — Ce porte-serre-fine se compose : 1° d'un tube ouvert en haut et terminé en bas par une longue extrémité effilée coudée à angle droit, c'est le premier mors. Dans la gaîne s'engage une tige dont l'extrémité est semblable à la première, c'est le deuxième mors; anneaux à l'extrémité supérieure pour l'index, le pouce et le médius de l'opérateur, enfin ressort à boudin pressant et écartant les mors par son élasticité. En pressant sur le boudin, on force les deux mors à se rapprocher. L'un des mors se fixe à l'œil de la serre-fine, l'autre au petit anneau médian : la serre-fine ainsi disposée est portée sur les deux lèvres de la plaie (fig. 210); alors on presse le boudin, ce qui rapproche les mors de l'instrument : on dégage

Fig. 211.
Suture de Gely.

Fig. 212.
Suture de Gely.

Fig. 213.
Suture de Gely.

l'instrument. Les serres-fines abandonnées dans l'intestin sont entraînées à la longue par les selles. — Procédé ingénieux mais n'ayant été employé que sur les animaux. La suture *en piqué* de Gely, qui adosse des surfaces en les renversant en dedans et qui a pour but d'être abandonnée et de tomber dans l'intestin, nous paraît, sauf indication spéciale, bien supérieure au procédé précédent (fig. 211, 212, 213).

M. LE DOCTEUR Simon DUPLAY (1)

1° AFFECTIONS GÉNITO-URINAIRES.

a. RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTHRE. — *Dilatation permanente. — Méthode physiologique.* — Dans la thérapeutique des rétrécissements du canal de l'urèthre, M. Duplay fait usage :

1° Des *méthodes chirurgicales ;*

2° De la *méthode* dite *physiologique.*

Il regarde les *méthodes chirurgicales* dites mécaniques comme méthodes d'exception. Elles répondent toutes à des variétés particulières, et, pour appliquer chacune d'elles, il est nécessaire qu'une indication spéciale existe.

Fig. 214. — *Fistules uréthro-périnéo-scrotales.*

a, section de la symphyse pubienne ; *b*, corps caverneux ; *c*, scrotum ; *d*, testicule ; *e*, urèthre en avant du rétrécissement ; *f*, vessie ; *g*, rectum ; *h*, rétrécissement uréthral ; *i*, orifice interne de la fistule, derrière le rétrécissement ; à partir de ce point, on suit les trajets fistuleux jusqu'en *l*, *l*, *l*, qui en représentent les orifices externes ; *k*, partie profonde de l'urèthre dilatée en cône.

Il est bien entendu, par exemple, que lorsqu'il a affaire à un rétrécissement très-étroit, s'accompagnant de fistules périnéales multiples, comme celles de la figure 214, et rebelle à toute dilatation, il a recours à une de ces méthodes chirurgicales, soit l'uréthrotomie externe (boutonnière), soit plutôt l'uréthrotomie interne ou la divulsion pratiquée avec l'instrument de M. Voillemier qui a donné entre ses mains de très-bons résultats. Quand il emploie l'uréthrotomie interne, il se sert de l'instrument ingénieux et fort commode de

(1) 1867, chirurgien du bureau central. — 1872, hôpital Lourcine et hôpital Saint-Antoine. — 1875, hôpital Saint-Louis.

M. Maisonneuve, surtout si le tissu du rétrécissement n'est pas très-dur à sectionner; si ce tissu offre une forte résistance, il faut avoir grand soin de ne pas fausser la tige de l'instrument en le poussant trop brusquement, car il pourrait en résulter les accidents les plus sérieux.

La *méthode physiologique*, consistant dans la dilatation lente et progressive, est considérée par ce chirurgien comme méthode de choix, méthode courante : cette dilatation est ou bien *temporaire* ou bien *permanente*.

La *dilatation temporaire* n'est pas celle qu'il choisit de préférence : elle exige bien souvent, car il ne faut jamais violenter le canal, un tâtonnement répété qui a le grand inconvénient de produire sur la muqueuse de l'urèthre de petites déchirures, de la faire saigner par conséquent et d'exposer les malades aux accidents de la fièvre uréthrale; il n'aurait donc tendance à l'employer que si les numéros des bougies pouvaient se succéder sans aucun effort : en somme, d'après M. Duplay, cette méthode, d'une façon générale, présente plus d'inconvénients que d'avantages.

Il regarde, au contraire, la *dilatation permanente* comme préférable. Il laisse la sonde à demeure, en renouvelle bien moins souvent l'introduction, et, quand il juge à propos d'en passer une nouvelle, il peut sauter plusieurs numéros, c'est-à-dire franchir la série indispensable à la dilatation temporaire, en cathétérisant moins fréquemment, en excoriant beaucoup moins la muqueuse uréthrale. — Dans l'application de cette méthode il ne faut jamais violenter le passage et attendre, avant de faire succéder une sonde à une autre, que la première joue facilement dans l'urèthre et qu'il y ait apparition au niveau du méat d'un écoulement muco-purulent, indice que le rétrécissement a subi un travail de ramollissement salutaire. Quel est le processus en ce cas, quel est le mécanisme suivant lequel agit cette forme de dilatation ? C'est à M. Voillemier, promoteur de cette méthode depuis longtemps, qu'on en doit l'explication la plus logique.

Dans cette dilatation permanente, l'*action* véritablement *mécanique* n'entre que pour une bien faible part, et on se trompe en croyant que plus on met la sonde grosse, plus on agit sur le canal d'une façon prompte et efficace : l'*action physiologique* est, au contraire, presque tout : la sonde ou bougie constitue un corps étranger qui développe un travail inflammatoire dont le seul but est son expulsion : tout d'abord cette inflammation donne lieu à un gonflement de la muqueuse qui exagère encore la constriction, puis les tissus

se retirent sur le corps étranger en se ramollissant et en devena le siége de la suppuration : tant que cet écoulement muco-purule ne se produit pas, on peut être sûr que le rétrécissement ne se r mollit pas.

Avec la dilatation temporaire on est loin de pouvoir parve toujours à vaincre les rétrécissements ; aussi a-t-on recours souve en pareil cas, à des moyens chirurgicaux (uréthrotomie) qui s plus graves. M. Duplay ne veut pas dire cependant que la dilatati permanente soit entièrement exempte de tout danger, elle oblige rester plus longtemps au repos et à porter, si on se lève, un suspe soir ; mais il croit qu'elle fait bénéficier le malade d'avantages pl grands que l'autre méthode ; aussi nous la lui avons vu appliqu fréquemment à l'hôpital Saint-Antoine.

Il fixe la sonde soit n nouant les quatre chefs de fil ramenés e

Fig. 215. — *Manière de fixer la sonde.*

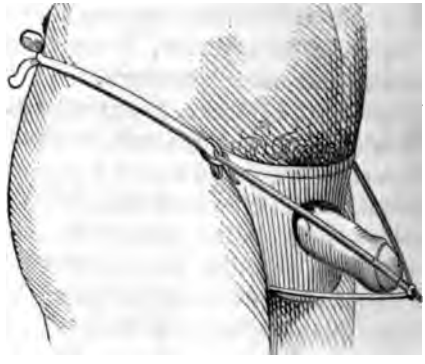


Fig. 216. — *Autre manière de fixer la sonde.*

arrière (fig. 215), derrière la racine du gland (diachylon), soit pour éviter de comprimer la verge, en attachant les quatre cordons deux à deux aux quatre angles d'un suspensoir. Ce dernier moyen est peut-être un peu moins solide (fig. 216).

b. HYDROCÈLE SPERMATIQUE. — *Ponction et injection iodée.* — Que le liquide soit louche et lactescent, comme cela a lieu d'ordinaire, ou qu'il soit aussi clair que de l'eau de roche, comme nous avons observé une fois le fait dans son service, M. Duplay pratique la ponction et l'injection iodée pure. — Une remarque qui a son intérêt et que nous avons pu faire également sur un malade du service de M. Tillaux et sur un autre de notre service à l'hôpital Temporaire, c'est que dans l'hydrocèle spermatique l'injection iodée

occasionne pas au moment où elle est poussée dans la poche, les douleurs si vives qui sont ressenties sur le trajet du cordon quand on opère une hydrocèle vaginale ordinaire.

c. HYDROCÈLE VAGINALE. — *Injection iodée.* — M. Duplay préfère le traitement classique (ponction et injection iodée) à la méthode de Lonod (injection de quelques grammes d'alcool rectifié après évacuation) et à celle de Defer de Metz : cette dernière a donné entre ses mains une suppuration de la tunique vaginale; il a essayé une fois à Saint-Antoine, chez un jeune homme porteur d'une hydrocèle simple de la tunique vaginale, la méthode par *séton filiforme* introduit à travers la poche et laissé seulement vingt-quatre heures dans le but de modifier le contenu et d'activer l'absorption du liquide: des accidents inflammatoires d'une certaine gravité, survenus dans ce cas, ne l'ont pas engagé à renouveler pareilles tentatives sur d'autres malades.

d. HYDRO-HÉMATOCÈLE VAGINALE. — *Ponction simple.* — Après avoir évacué le liquide à l'aide de la canule du trocart, M. Duplay ne pousse pas d'injection iodée, il se contente seulement de faire plusieurs lavages de la poche avec de l'eau ordinaire. Il attend quelques jours et, si le liquide se reproduit avec son caractère éminemment sanguin, comme on sait que la tunique vaginale, en pareille circonstance, a une grande tendance à subir l'inflammation purulente, il est préférable de ne pas temporiser, de faire le drainage ou mieux d'ouvrir largement la poche. — Mais, si la tumeur s'est reproduite sans s'accompagner de douleur ni d'inflammation et si une seconde ponction laisse écouler un liquide moins abondant et moins sanguinolent que la première fois, il traite alors par l'injection iodée et pense éviter l'inflammation suppurative.

e. HYPOSPADIAS PÉRINÉO-SCROTAL. — *Susceptible de guérison.* — *Nouvelle méthode.* — *Redresser la verge.* — *Restauration du méat urinaire.* — *Création d'un nouveau canal en plusieurs temps.* — Ce chirurgien a cherché depuis quelques années à démontrer, avec des preuves à l'appui de son assertion, que l'*hypospadias*, même dans sa variété la plus grave, est cependant justiciable de la chirurgie par une méthode thérapeutique *dont le succès*, dit-il, *est assuré d'avance, pourvu qu'on y mette du temps et de la patience.* Au point de vue de l'étude anatomique et physiologique de ce vice de conformation, M. Duplay (1) ne se contente pas des dénominations

(1) Duplay, *De l'hypospadias périnéo-scrotal et de son traitement chirurgical* (*Arch. gén. de méd.*, mai et juin 1874).

un peu arbitraires de *scrotale* et de *périnéale* de M. Bouisson (1), leur substitue celles de *péno-scrotale* et de *périnéo-scrotale*.

Dans cette dernière variété qui représente le degré le plus prononcé de la malformation, l'incurvation de la verge est due, non seulement à l'existence de la bride cutanéo-muqueuse qui s'étend du gland à l'ouverture hypospadienne, mais encore et surtout, à l'arrêt de développement qui frappe les corps caverneux à leur partie inférieure.

Grâce à la méthode opératoire imaginée par M. Duplay, l'*hypospadias périnéo-scrotal ou vulviforme* de Dugès, qui, jusqu'ici, avait été considéré comme à peu près incurable, est susceptible d'une restauration qui peut non-seulement corriger la difformité, mais encore rétablir des fonctions annihilées ou tout au moins notablement entravées par cette disposition vicieuse.

Dans cette malformation, la face inférieure de la verge est considérablement diminuée d'étendue d'avant en arrière ou même n'existe pas; cette brièveté est due à l'absence de l'urèthre remplacé lui-même par la bride cutanéo-muqueuse qui s'étend depuis la base du gland imperforé, et seulement échancré jusqu'à l'ouverture hypospadienne.

Quelle que soit la méthode que l'on mette en usage, la première indication à remplir est donc de *redresser la verge incurvée*, ce que M. Bouisson exécute en incisant transversalement la bride d'une part, puis en pratiquant la section sous-cutanée de l'enveloppe fibreuse et de la cloison des corps caverneux.

Le procédé employé par M. Duplay diffère essentiellement:

1° De celui du professeur de Montpellier (employé toutefois pour des degrés moins avancés), qui consiste dans la taille d'un long lambeau autoplastique scrotal, longitudinal et médian qui est renversé en travers sur sa propre longueur, de façon à se doubler lui-même. La face cutanée constitue la paroi inférieure du canal, et les lèvres de deux incisions pratiquées sur la face inférieure de la verge sont suturées au bord du lambeau qu'elles reçoivent et emboîtent (procédé ayant échoué chez un jeune homme de vingt-cinq ans).

2° De celui de M. Moutet, dans lequel on taille un lambeau scrotal sur la face cruentée duquel on fait basculer au-dessous de la verge un lambeau pubien (sphacèle de ce dernier et désunion du premier, dans un cas).

(1) Bouisson, *De l'hypospadias et de son traitement chirurgical* in *Tribut à la chirurgie*, t. II, p. 487. Paris, 1861.

3° De celui de M. Th. Anger (procédé en double pont ou en ilets) analogue à celui que le professeur Thiersch de Leipzig a pliqué pour l'épispadias en 1869 et qui consiste, face inférieure étant représentée par A, B (fig. 217), décrire et à disséquer un petit lambeau quadri- ère *abcd*, à le renverser comme un ourlet pour rmer la paroi inférieure du canal, puis à rabattre r sa face cruentée un second lambeau de même rme et de même dimension *a' b'*. (Succès très- au présenté à la Société de chirurgie, 21 janv. 1874, pour un s d'hypospadias péno-scrotal, mais obtenu au prix d'accidents aves.)

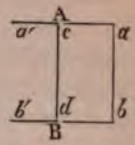


Fig. 217.

Le principe général de la méthode de M. Duplay, applicable à hypospadias périnéo-scrotal, est *d'éviter de restaurer d'un seul coup totalité de l'urèthre.* Elle comprend les deux temps suivants :

α. *Redresser la verge.*

β. *Créer un nouveau canal* depuis l'ouverture hypospadienne, squ'à l'extrémité glandaire.

α. REDRESSER LA VERGE. — C'est là un temps capital qui fait disraître l'incurvation de l'organe, permet la copulation et met le irurgien à son aise pour la construction du nouveau canal. M. Duay adopte la manière de faire du professeur Bouisson. Il sectionne uche par couche et d'une façon transversale la bride cutanéouqueuse, puis l'enveloppe fibreuse du corps caverneux et de la ison, et il ne s'arrête que lorsqu'il a corrigé toute la courbure péenne.

Cette section opérée, la verge rejetée en haut présente à sa face férieure une plaie losangique *abcd* (fig. 218) dont on réunit les rds par des points de suture horizontaux pour les angles aigus losange et d'autres verticaux pour ses angles obtus, de façon à tenir une cicatrisation en croix représentée dans la figure 219. Ce redressement de la verge s'opère dès les premières années, is il est indispensable d'attendre, pour procéder au second temps l'opération, six ou huit mois, pour s'assurer qu'on n'a pas à indre une nouvelle incurvation par rétraction secondaire.

. CRÉER UN NOUVEAU CANAL (*à la face inférieure de la verge*). — Il aussi très-avantageux de procéder à ce temps dès les premières ées de l'existence, mais M. Duplay évite, comme dans les proés de MM. Bouisson, Moutet et Th. Anger, de fabriquer tout ne pièce ce nouveau canal. Trois temps principaux président à ingénieuse restauration et consistent :

1° *A refaire le méat.*

2° *A créer un canal depuis le méat jusqu'à une petite distance seul-*

Fig. 218. — *Redressement de la verge, section de la verge présentant à sa face inférieure une plaie losangique* abcd.

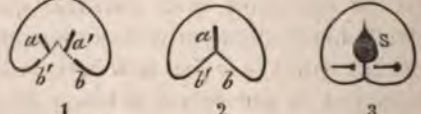
Fig. 219. — *Redressement de la verge, suture de la plaie de la verge en forme de croix.*

ment de l'ouverture hypospadienne (en laissant une ouverture fistuleuse en arrière).

3° *A boucher les deux portions de l'urèthre*, c'est-à-dire à obturer la fistule hypospadienne laissée ouverte avec intention.

1° La *restauration du méat* sur laquelle M. Duplay insiste beaucoup, car elle a non-seulement au point de vue de la conformation, mais au point de vue fonctionnel (miction-éjaculation) une importance des plus grandes, cette restauration peut s'effectuer soit peu de temps, soit même le jour où se pratique le redressement de la verge, comme l'indique la figure 218. Ce chirurgien la pratique de la façon suivante (fig. 220, 1, 2, 3) :

Il avive les deux lèvres *bb'* (1 et 2) de l'échancrure qui constitue



1 2 3

Fig. 220. — *Divers temps de la restauration du méat.*

le méat incomplet de l'hypospade, et les suture à l'aide d'une ou de deux épingles au-dessous d'un petit tronçon de sonde élastique

. 220, 3, S); s'il juge que le nouveau méat est trop étroit, il n'hé- pas à pratiquer dans le tissu même du gland une petite inci- n médiane verticale (fig. 220, 2, *a*) ou deux petites sections laté- es (fig. 219, 1, *aa'*).

En parlant d'un de ses opérés, M. Duplay dit (*loc. cit.*) : « Le ré- ultat a été aussi satisfaisant que possible, et dans l'examen du ujet, qui a été fait à la Société de chirurgie, tout le monde a u constater que l'ouverture du méat *ne laissait nullement soup- onner* la disposition vicieuse qui existait auparavant. »

2° Le deuxième temps a pour but de *créer, au-dessous de la verge, nouvel urèthre depuis le méat* ainsi reconstitué *jusqu'à 1 cent. 1/2 cent. de l'ouverture hypospadienne*, par conséquent en laissant xister en arrière une fistule dont on s'occupera plus tard. Ce mps-là répond donc essentiellement à ce principe formulé plus aut : ne pas reconstituer le canal d'emblée, d'une seule pièce.

C'est le temps le plus délicat, le plus long, qu'il est souvent im- ssible de réaliser complétement du premier coup et qui, par nséquent, nécessite presque toujours des *retouches ;* mais ces opé- tions complémentaires destinées à combler les brèches restantes nt bien moins laborieuses que la première.

Ce temps consiste d'abord à disséquer deux petits lambeaux ngitudinaux quadrilatères *ab*, *a'b'* (fig. 221), chacun de chaque té de la ligne médiane et n'allant pas jusqu'à l'ouverture hypo- adienne. On fait basculer alors ces deux lambeaux sans les super- oser, de façon à renverser leur face cutanée en dedans sur la sonde astique SS' introduite dans le méat et à laisser leur face cruentée l'extérieur. En prolongeant ensuite en dehors les petites incisions ansversales qui ont limité les lambeaux en haut et en bas, on peut isséquer la peau de chaque côté (*cd*, *c'd'*) de manière à pouvoir ttirer en dedans : on fait, en un mot, une autoplastie par glisse- ent qui amène la peau assez lâche des parties latérales sur la face uentée des deux premiers lambeaux.

Il existe donc ainsi quatre lambeaux superposés deux à deux que n traverse en même temps et d'un côté à l'autre avec des épin- s (suture entortillée) ou des fils métalliques *a* (fig. 222). Les bords res antérieurs de ces lambeaux sont également suturés au bord érieur du gland *ee'* (fig. 221) et *bb'* (fig. 222).

3° Le dernier temps, qui a pour but *l'occlusion de la fistule persis- te* S' (fig. 221, 222) *par l'abouchement des deux portions de l'urèthre*, doit être tenté, selon M. Duplay, qu'à l'époque de la puberté pour mpter sur le concours intelligent de l'opéré qui doit retenir le

ensuite de couper ces fils par leur milieu pour que le nouveau
du prépuce soit entouré de liens qu'il ne s'agit plus que de
au point convenable.

Il n'est guère indispensable, à notre avis, de se servir, pour
tiquer cette opération, d'instrument spécial.

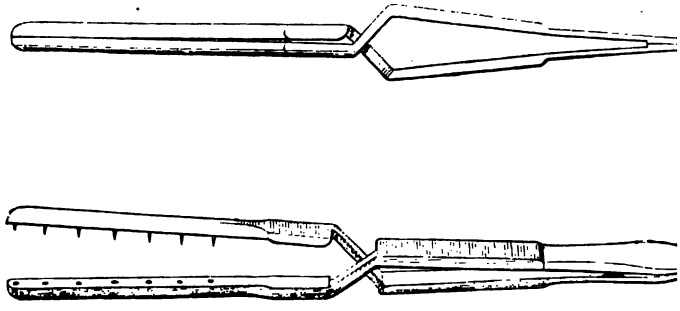


Fig. 223. — *Pince à phimosis de Vidal (de Cassis).*

Le mieux est, comme le représente la figure, de tirer très-m
rément sur l'extrémité préputiale (fig. 224), de fixer ensuite

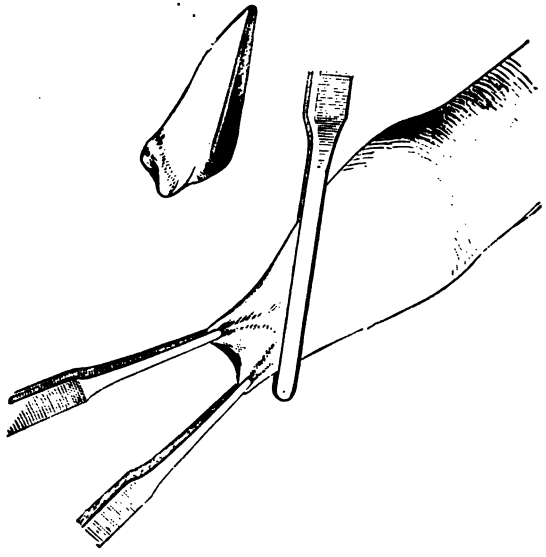


Fig. 224. — *Opération du phimosis.*

peau avec une pince et de sectionner en deçà et d'un seul
avec de gros ciseaux toute cette extrémité, sans s'inquiéter de

a pince étant relâchée, l'ouverture du prépuce se rétracte.
pe alors de la muqueuse ; on voit si elle est adhérente et
sur la face dorsale. M. Duplay resèque une partie des an-
tte muqueuse; mais chez l'enfant on peut se dispenser de
– Serres-fines laissées peu de temps de crainte d'eschares.
dant ainsi, la circoncision produite est régulière, non
récidive et de plus le malade garde un prépuce qui peut,
l'état physiologique, recouvrir le gland. Cette traction
de l'extrémité du prépuce nous semble un temps bien pré-
celui qui consiste à entraîner fortement cette peau en
ns ce cas, en effet, la verge peut se trouver dépouillée sur
surface parce que les téguments se retirent trop en ar-
le gland, après la guérison, reste complétement à dé-
ce qui n'est pas sans inconvénient.

ERTROPHIE DE LA PROSTATE. — *Cathétérisme répété.* — *In-
au froide.* — *Électricité.* — Il existe une relation intime
ypertrophie prostatique et les troubles de la fonction uri-
tte hypertrophie peut d'abord constituer par elle-même
le matériel au cours de l'urine ; de plus elle représente
étranger qui gêne le col de la vessie, entrave sa contrac-
roduit par conséquent l'*incontinence*. Il survient en outre
ivement une altération de la vessie.

générale : lorsqu'un obstacle s'établit sur le trajet d'un
excréteur, le réservoir auquel correspond ce conduit s'hy-
ie, ses parois ne s'appliquent plus l'une sur l'autre avec
facilité, elles deviennent rigides et la cavité ne se vide
i bien, c'est ce qui a lieu pour la vessie : la *rétention* for-
en est la conséquence fait perdre à cet organe son ressort
asticité.

en ce cas les *variations de température*, le *froid* subit et les
t de femmes, soit de boissons, qui peuvent être la cause de
d'urine brusque.

marque qui a été faite depuis longtemps à l'hospice de
c'est que le lendemain des sorties, l'interne de garde est
uemment appelé auprès des vieillards pour pratiquer le
sme. Dans ces cas où la congestion joue un rôle important,
is vésicales, quoique hypertrophiées, sont paralysées ; la
présente alors un vase inerte qui donne lieu à la fois à la
et à l'incontinence d'urine.

tement principal est le cathétérisme. Si ce dernier est fa-
nalade peut s'en charger ; mais si on éprouve quelque

difficulté à franchir le col de la vessie, il ne faut pas laisser les jets se sonder eux-mêmes. Un grand inconvénient dans ces exp rations est le changement de main et de chirurgien : aussi l'us de la *sonde à demeure*, selon M. Duplay, est un bon moyen qui, b que condamné par certains spécialistes et dans les livres, n'en o pas moins des avantages qui l'emportent en nombre sur les inc vénients.

Si le cathétérisme n'est point difficile, il faut proscrire la so à demeure. A-t-on directement prise sur l'hypertrophie de l prostate elle-même? Heine a pratiqué des injections intersti tielles de teinture d'iode à travers le rectum, dans plusieurs exem ples de prostate hypertrophiée: deux fois il aurait obtenu la gu rison de l'hypertrophie ou du moins il aurait vu les phénomèn de cette affection s'amender (1); les détails de ces observation ne sont pas connus. M. Duplay considère avec raison ces tent tives comme d'une mauvaise pratique. Le mieux, comme ind cation, est de prévenir les congestions passagères du côté d organes, par la *sobriété* et la protection contre les *impressions d froid:* on devra s'attacher à diminuer le travail des parois de l vessie ou à combattre l'inertie de cet organe, et pour cela on pra*quera le cathétérisme*, matin et soir, *alors même que le malade* re*dira qu'il a uriné.*

Les injections d'eau froide, les bains de siége et les lavemen froids agissent aussi comme stimulants: on obtient aussi de bo effets de l'*électricité*. Nous nous souvenons que notre maître Mich obtint à la Pitié d'heureux résultats, pour cette inertie vésicale, établissant un courant électrique entre la paroi abdominale un cathéter métallique plongeant dans la cavité de l'organe.

i. ADÉNOÏDE DE LA MAMELLE. — *Bénignité relative.* — *Nécessité l'extirpation.* — En clinique, le diagnostic de la tumeur adéno est généralement facile si on se contente de la désigner par ce r générique, mais la difficulté est tout autre quand on veut en in quer la nature anatomique. En un mot, cette variété de tumeu répond pas toujours à une lésion anatomique très-claire, ce qu laisse pas que de jouer un rôle important dans la *thérapeutiq* mettre en usage en pareil cas.

D'après Velpeau, la tumeur peut bien résulter d'une hypertro partielle de la glande, mais le plus souvent elle en est indépend a pour origine fréquente une contusion et est de nature fibr

(1) Heine, *Archiv für klinische Chirurgie*, 1872.

Depuis Lebert (1), on a eu coutume de la considérer comme une véritable hypertrophie d'un prolongement du tissu glandulaire dont le développement imparfait est surtout relatif à la production d'une *grande quantité d'éléments épithéliaux* et à l'absence de conduit excréteur.

Enfin d'autres observateurs l'ont regardée, dans bon nombre de cas, comme de nature *sarcomateuse*.

M. Duplay ne croit pas, au point de vue du traitement de ces sortes de tumeurs, qu'il faille s'arrêter à cette opinion exclusive qui veut, d'après Velpeau, que la tumeur adénoïde, en raison de son extrême bénignité, doive être respectée et non enlevée. Certaines d'entre elles sont des sarcomes qui peuvent revêtir le caractère épithélial. M. Ranvier a démontré du reste que bien des tumeurs fibro-cystiques de la mamelle ont commencé par être de simples adénoïdes. Elles ont certainement moins de tendance à se généraliser et à envahir la glande, mais, à un moment donné, elles peuvent devenir d'énormes sarcomes accompagnés de kystes qu'il est indispensable d'opérer, car ces néoplasmes finissent par être tout aussi graves que les tumeurs cancéreuses elles-mêmes.

Il ne faut donc pas trop se fier au caractère de bénignité indiqué par Velpeau et ne pas toujours les abandonner à elles-mêmes. On emploiera par conséquent les moyens doux, en commençant, pour recourir bientôt à leur extirpation.

La *compression* ne réussit que lorsqu'on a affaire à un véritable adénome, c'est-à-dire à une hypertrophie glandulaire vraie. Elle n'est d'aucun résultat si la tumeur est sarcomateuse; aussi lorsque cette compression appliquée pendant 15 jours, un mois au plus, n'est suivie d'aucun effet, on s'adressera à l'*extirpation* — Incision, *énucléation*.

j. MAMELLE IRRITABLE. — *Ablation des noyaux indurés. — Traitement général.* — Décrite par Colles, de Dublin, cette névralgie mammaire a été considérée par A. Cooper comme s'accompagnant de *nodosités* fréquentes. Velpeau lui a consacré (2) un chapitre sous le nom de *tumeurs imaginaires de la mamelle*.

Elle s'observe principalement aux deux extrêmes de la vie, c'est-à-dire sur les jeunes sujets et à l'époque de la ménopause, chez des femmes à susceptibilité nerveuse très-accentuée. Elle s'accompagne de troubles menstruels et, comme elle se manifeste même chez des personnes à teint foncé, à système pileux développé (chlo-

(1) Lebert, *Traité d'Anatomie pathologique générale et spéciale*. Paris, 1855-1861.
(2) Velpeau, *Traité des maladies du sein*. Paris, 1854.

rotiques brunes), on peut la considérer comme liée à un état général qu'il faut traiter.

Préparations ferrugineuses — valériane — hydrothérapie — vésicatoires.

Si les indurations sont assez limitées, M. Duplay en pratique l'ablation. Il aurait plutôt recours ici, que dans le cas d'adénome vrai, aux *injections interstitielles*. M. Luton cite (1) deux observations dues à M. le Dr J. Bertin, de Gray, et qui sont ainsi désignées:

D'une part: *Tumeur douloureuse du sein datant d'un an, deux injections de teinture d'iode : guérison.*

D'autre part: *Tumeur du sein dure et douloureuse, diminution de volume et cessation de la douleur par suite de deux injections de teinture d'iode.*

2° AFFECTIONS DU TUBE INTESTINAL.

a. ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE. — *Hernie inguinale* (*kélotomie*). — M. Duplay se laisse guider par les préceptes opératoires suivants:

1° Les symptômes généraux de l'étranglement s'observant d'une façon concomitante avec une tumeur inguinale ou crurale, même s'il y a doute sur l'existence réelle d'une hernie, il ne faut pas hésiter et on doit opérer.

2° Dans le cours de l'opération, est-on sur le sac ? est-on sur l'intestin ? Si on doute, c'est qu'on n'est pas sur l'intestin et on peut continuer à inciser (Maisonneuve).

3° On ne doit jamais, avant de réduire, négliger d'attirer l'intestin pour s'assurer si le collet n'est pas ulcéré. — Dans un cas où Denonvilliers oublia de prendre cette précaution indispensable, il vit se produire un flot de matières fécales au moment de la réduction.

4° Il préfère les débridements peu étendus et multiples.

5° Ne pas enfoncer profondément le doigt après la réduction et laisser plutôt l'anse intestinale près de sa rentrée, de peur d'étendre l'inflammation de cet intestin, qui est toujours plus ou moins altéré, à toute la séreuse péritonéale : en un mot, réduire le moins loin possible.

6° Après l'opération, ne point donner de purgatif, ce qui ne fait que mobiliser les intestins ; — les immobiliser au contraire pendant 24 ou 36 heures en administrant l'opium (0gr,15 extrait thébaïque); puis provoquer ensuite une ou deux selles.

(1) Luton, *Traité des injections sous-cutanées à effet local*, 1875.

b. PROLAPSUS DE LA MUQUEUSE RECTALE (enfant). — *Cautérisation.* — Cette cautérisation est pratiquée aux quatre points cardinaux de l'anus et au niveau du bord cutané et muqueux (Guersent). — Elle doit être assez profonde pour pénétrer jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané : elle agit par la rétraction de cicatrice qui se produit à la chute des eschares et en même temps en rétablissant la contractilité anale.

c. FISTULES MULTIPLES DE L'ANUS. — *Incision, excision et cautérisation.* — La persistance de ces fistules reconnaît en grande partie pour cause la mobilité incessante du plancher ano-périnéal qui se contracte à chaque instant pour la défécation, la miction, etc. Ces trajets n'ont aucune tendance à se cicatriser d'eux-mêmes, car ils sont organisés et tapissés par une pseudo-muqueuse formée par des fongosités qu'il est indispensable de faire disparaître. M. Duplay, à l'aide de la sonde cannelée et du bistouri, divise tous les points et cautérise immédiatement les surfaces saignantes avec le fer rouge qui a le double effet d'arrêter l'hémorrhagie, souvent considérable, et de soustraire pendant les premiers jours les plaies au contact des matières fécales par suite de l'eschare produite qui, du reste, est assez superficielle. Il favorise, à l'aide de l'opium, la constipation pour éviter l'absorption septicémique et se dispense de l'emploi des mèches, qui sont toujours plus ou moins douloureuses. — On observe ordinairement à la suite de cette opération une rétention d'urine, comme cela arrive après toute intervention chirurgicale sur le rectum, et qui persiste de 3 à 5 jours.

Il se comporte de la même manière pour les fistules ossifluentes de l'extrémité inférieure du rectum.

d. PAPILLOMES DE LA MUQUEUSE RECTALE. — *Ligature et excision.* — Ces tumeurs peuvent se transformer en épithélioma et déterminer des troubles fonctionnels graves, tels que hémorrhagies répétées, rectite purulente, septicémie, etc. ; — il y a donc indication à agir promptement — M. Duplay, regardant la cautérisation ou la ligature de la masse à sa base comme des moyens infidèles, donne la préférence à l'*ablation immédiate*. — Il emploie soit l'*écrasement linéaire*, si la base est unique et assez étroite, soit les ligatures partielles et l'excision si cette dernière est large et longue, constituant un repli analogue à une valvule connivente. Pour opérer de cette dernière façon, il traverse la base de la tumeur en quatre points différents avec une aiguille courbe armée d'un fil, et segmente le produit morbide en autant de lobes qu'il coupe successivement au-dessous de la constriction. Il se met ainsi à l'abri

de l'hémorrhagie, si redoutable parfois en pareille circonstance.

M. Duplay emploie également dans les cas de ce genre l'écraseur à double chaîne (*fig.* 225) que M. Verneuil a fait construire et avec lequel on peut pratiquer la section d'une tumeur en l'attaquant par le milieu et en opérant simultanément ses deux moitiés. — Cet instrument est un écraseur de Chassaignac auquel a été ajoutée en C une portion de gaine courbe sur laquelle sont ajustées deux chaînes dont les extrémités sont maintenues par deux tenons B,B fixés chacun à un ressort adhérent à la gaine. Les extrémités internes des chaînes sont fixées aux deux tiges du levier double que l'opérateur fait rentrer par le mouvement de va-et-vient imprimé au manche.

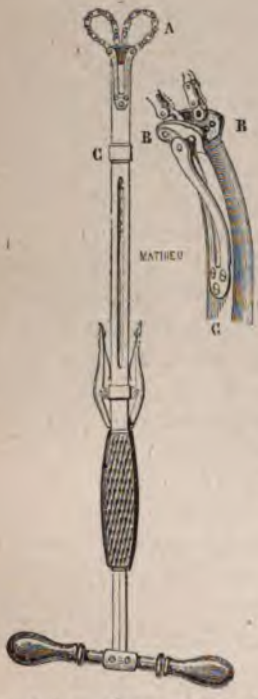


Fig. 225. — *Écraseur à double chaîne de Verneuil.*

e. RÉTRÉCISSEMENT SYPHILITIQUE DU RECTUM. — *Traitement spécifique, traitement mixte, mèches.* — M. Duplay professe, à l'égard de la thérapeutique de cette variété de coarctation, des idées en désaccord avec celles de bien d'autres chirurgiens. — Outre la notable diminution dans le calibre intestinal, le doigt constate une induration très-nette de la paroi qui est parcourue par des colonnes la divisant en une série de gros mamelons parfaitement lisses : cette disposition est très-caractéristique et permet d'établir assez facilement le diagnostic entre cette variété de rétrécissement et les autres, même quand le malade donne des renseignements négatifs relativement à la syphilis. — Cette variété, dit M. Duplay (1), a été longtemps considérée comme n'étant pas un accident syphilitique proprement dit, mais comme résultant de cicatrices de lésions ulcéreuses de la syphilis : ce serait un véritable rétrécissement cicatriciel. Il est démontré aujourd'hui que cette opinion n'est pas exacte. *Ces rétrécissements doivent être considérés comme des accidents constitutionnels :* ils sont

(1) Duplay, *Journ. de méd. et de chir. pratiq.*, avril 1876.

à ce que, sous l'influence de la diathèse, il se produit dans la queuse une néoplasie qui infiltre les tuniques intestinales et en ène l'épaississement : ce nouveau produit, qui ne tarde pas à

226. — *Bougies de aoutchouc ou de cire.*

Fig. 227. — *Bougie d'ivoire flexible.*

Fig. 228. — *Bougie d'étain de Ph. Boyer.*

bir une évolution, se transforme en tissu fibreux lequel a la pro-iété de se rétracter : c'est à cette lésion que Fournier a donné le m de *syphylome ano-rectal.*

Lorsqu'une semblable lésion est abandonnée à elle-même, la nsformation fibreuse s'accentue de plus en plus, le rétrécisse-nt augmente et il survient des complications telles que fistules, egmons peri-rectaux pour lesquels alors seulement le chirur-n est consulté : à ce moment il n'y a plus rien à espérer d'un lement médical ; au contraire, lorsque l'on peut soigner le ma-dès le début, le *traitement spécifique* (traitement mixte) pourra êcher ces accidents et dans quelques cas même guérir com-ement la lésion.

n même temps on favorisera la dilatation du rectum au moyen nèches volumineuses enduites d'une pommade à l'iodure de

potassium ou de suppositoires en caoutchouc, en étain et en ir (fig. 226, 227, 228).

3° AFFECTIONS DU PIED.

a. ONGLE INCARNÉ. — *Ablation de la matrice unguéale.* — Il e ploie l'anesthésie locale avec la glace pilée et le sel marin ou a l'appareil dit pulvérisateur de Richardson (fig. 229), sectio

Fig. 229. — *Pulvérisateur de Richardson.*

l'ongle d'avant en arrière à l'aide de gros ciseaux bien forts, enl chacun des lambeaux cornés et pratique l'ablation de toute la m trice unguéale. Pour éviter, après le réveil, la douleur de retc M. Duplay applique sur la surface cruentée une solution de cl rhydrate de morphine au 1/100e, avec le pansement ouaté.

b. MAL PERFORANT DU GROS ORTEIL. — 3e degré. — *Amputation* La clinique a bien fait voir qu'outre les troubles de la sécré épidermique, qui ont les premiers fixé l'attention, il y a dar mal perforant des troubles de la sensibilité fort remarqu (anesthésie). Or, c'est dans le système nerveux, d'après MM. Du

t (1) qu'il faut rechercher la cause de cette affection : cette erveuse serait caractérisée par une altération granuleuse des isparition de la myéline et du cylindre-axe). L'ulcère se ant en vertu de troubles de l'innervation, le repos ne peut qu'une simple amélioration ou qu'une guérison momen- l'autre part, on voit même ces maux perforants évoluer e repos le plus complet. — Toutefois comme cette altération e est purement périphérique et ne s'accompagne pas de es centres, les filets nerveux peuvent se régénérer et le mal à la guérison. Si la nature de cette affection est mieux la thérapeutique qui lui est applicable laisse bien à désirer. cas de production fistuleuse profonde de la face plantaire orteil avec lésion osseuse, M. Duplay pratique la désarticu- nétatarso-phalangienne. Il dispose l'incision de façon à queue de la raquette en dehors près de la commissure in- tale pour éviter la mise à nu de la tête du gros métatarsien.

4° AFFECTIONS DE L'OREILLE ET DU NEZ.

TÉO-PÉRIOSTITE DE LA CAISSE TYMPANIQUE (mastoïdite). — *Tré- mastoïdienne.* — La complication la plus commune et la grave de cette affection est l'extension de cette périostite à *surface extérieure* du temporal, c'est-à-dire aux portions se et mastoïdienne ; mais lorsque la propagation se fait à l'in- de l'os et envahit le revêtement périostique des cellules liennes, on peut voir survenir des accidents bien autrement aussi (2) le voisinage des méninges, de l'encéphale, la pré- u sinus latéral, du golfe de la jugulaire, la proximité de la e interne, le passage du nerf facial dans l'aqueduc de Fal- ous rendent compte d'accidents tels que la méningite, les u cerveau ou du cervelet, la phlébite et l'infection purulente, orrhagies de la carotide, la paralysie faciale. Le chirurgien, séquent, ne doit pas rester inactif. Incision de 3 ou 4 cen- s jusque sur l'apophyse mastoïde, s'il s'agit d'une périostite , mais si les cellules mastoïdiennes sont prises, *trépanation* ltant de l'incision externe. M. Duplay rejette d'une façon les poinçons triangulaires ou acérés, comme inutiles et dangereux. L'opération est simple : on pratique d'abord

Duplay et J. P. Morat, *Recherches sur la nature et la pathogénie du mal t du pied* (*Arch. gén. de méd.*, mars, avril, mai 1873).
play, *Progrès médical*, 10 mars 1877.

une incision sur la face externe de l'apophyse mastoïde à un timètre en arrière du point d'insertion du conduit auditif cart neux, on rejette de part et d'autre le périoste décollé et on appli couronne de trépan sur le point précis d'intersection de la ligne ticale de l'incision et d'une ligne horizontale rasant en avant la p supérieure du conduit auditif. Conduit trop en arrière, le per teur pénètre dans le sinus latéral. Cette direction est exacte parallèle à celle du conduit auditif externe, c'est-à-dire obliq

Fig. 230. — *Spéculum de Kramer modifié par Triquet.*

avant et en dedans. Une fois l'ouverture faite, M. Duplay y en un petit tube en caoutchouc destiné à maintenir l'ouverture

pratiquer des lavages. La mise à jour des travées osseuses cariées, les injections rétrogrades qui de l'oreille moyenne chassent le pus à l'extérieur par le conduit auditif préviennent l'accumulation du

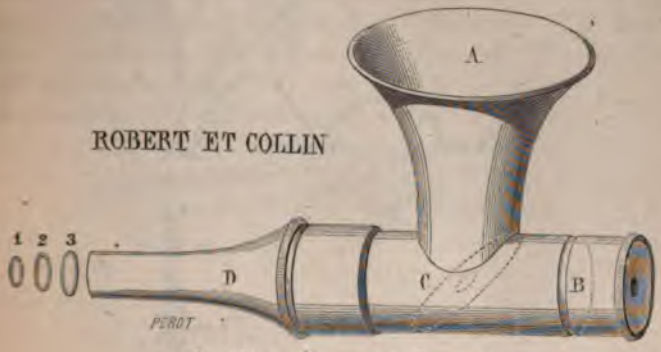


Fig. 231. — *Otoscope de Brunton.*

pus et, tout en favorisant la résolution, mettent le malade en mesure de fournir à la réparation, toujours lente, des lésions de l'ostéo-périostite.

b. POLYPE DE L'OREILLE. — *Polypotome de Wilde.* — M. Duplay se sert pour l'examen de l'oreille soit du spéculum de Kramer (fig. 230),

Fig. 232. — *Miroir réflecteur fixé au front par un bandeau.*

qui a la forme d'un entonnoir métallique divisé en deux moitiés suivant sa longueur qui est de 3 centimètres et dont le sommet est cylindrique et d'un très-petit diamètre, soit de l'otoscope de Brunton (fig. 231) qui se compose d'un tube métallique muni d'un réflecteur C incliné à 45° et percé d'un trou central, surmonté d'un

entonnoir A et terminé par un ajutage s'adaptant sur un spéculu Toynbee, soit simplement du spéculum de Toynbee : dans ce d

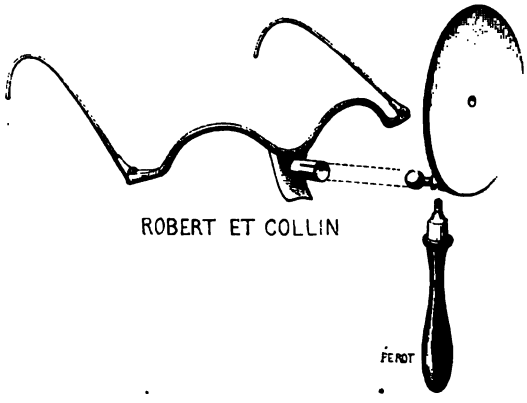


Fig. 233. — *Réflecteur de Semeleder (modifié par S. Duplay).*

nier cas il fait usage d'un miroir réflecteur fixé au front par un ba deau (fig. 232 et 234) ou monté sur des lunettes (fig. 233).

Pour enlever le polype, il le saisit à l'aide d'une érigne passée p

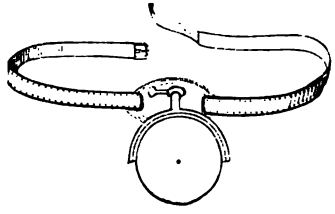


Fig. 234. — *Réflecteur de Kramer.*

le tube du spéculum et l'engage dans l'anse terminale du polypotom de Wilde (1). Bien souvent il n'a pas besoin de fixer le polyp et il peut, en coudant l'anse du polypotome, engager en tâtonnan un peu l'excroissance avec assez de facilité. Il ne s'en tient pas l'excision du polype, il cautérise toujours sa surface d'inflammatio (nitrate d'argent, solution de chlorure de zinc au 1/30 ou 1/50

c. EXPLORATION DE L'ARRIÈRE-CAVITÉ DES FOSSES NASALES. — *Rh noscope.* — Une pince relevant la luette et portant à son extrémit un miroir réflecteur qui permet d'explorer l'arrière-cavité d

(1) Voyez le *Service du professeur Richet*, fig. 9.

ısales a été imaginée par M. Duplay (1) : cet instrument se

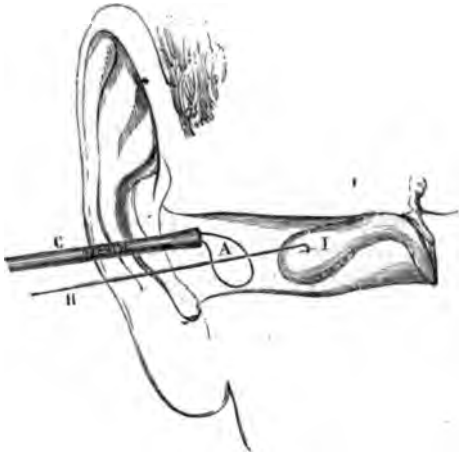


Fig. 235. — *Polype de l'oreille. Ligature.*

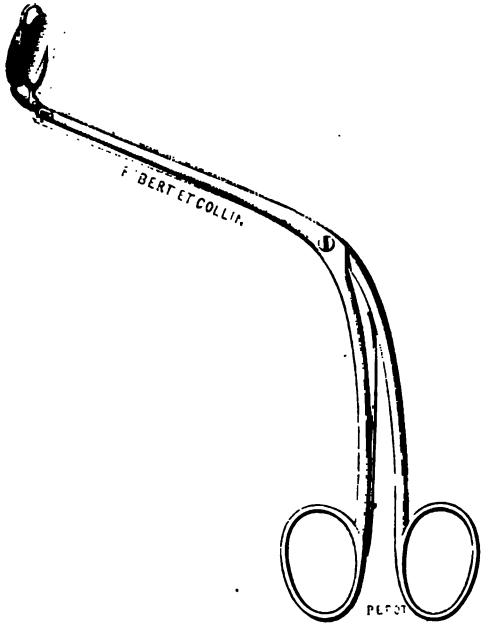


Fig. 236. — *Rhinoscope de S. Duplay.*

pose de deux longues branches coudées (fig. 236) : l'une fixe se

(1) Duplay, *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXXIV, p. 1066, 9 nov. 1869.

termine par un miroir dont l'inclinaison peut être modifiée
lonté ; l'autre agissant à l'aide d'un double levier sur la pre
fait mouvoir un anneau placé en avant du miroir et destiné
lever la luette et le voile du palais. Le miroir recouvert de l'a
mobile, étant introduit derrière le voile du palais jusqu'au co
de la paroi pharyngienne postérieure, une pression exercée s
longues branches de l'instrument fait agir l'anneau mobile q
relève et s'écarte en même temps, repoussant en avant la luette
voile du palais. Avec un bon éclairage, on peut voir alors sur le
roir l'image de la partie postérieure des fosses nasales, les ouver
des trompes d'Eustache et la face postérieure du voile du pa

5° CONTUSIONS. — AFFECTIONS OSSEUSES, ARTICULAIRES ET PÉRI-ARTICULA

a. COXALGIE SUPPURÉE. — *Résection de la hanche.* — S'opposer,
début, le plus possible à la suppuration par l'*immobilité de la j*
ture dans l'extension en employant le procédé de la traction c
tinue par des poids. M. Duplay entoure la jambe jusqu'au genou

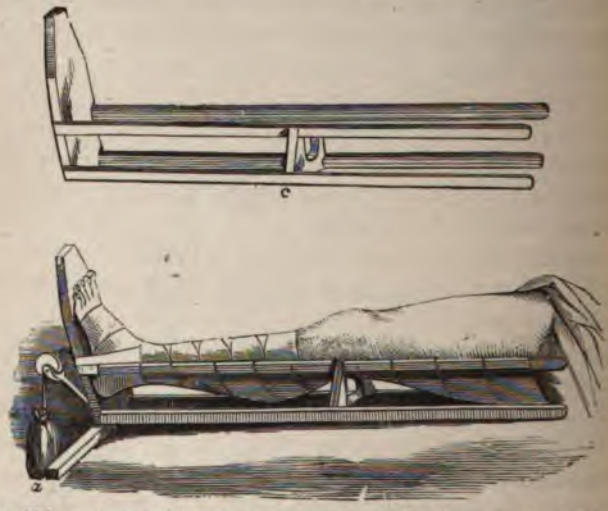


Fig. 237. — *Appareil à extension continue de Hogden pour les fractures compliquées du membre inférieur.*

bandelettes de diachylon qui forment des anses à la plante du pie
(fig. 237), à ces anses est nouée une corde munie d'une poulie : c'e
là tout l'appareil. — La traction diminue les effets de la contracti

réflexe qui tend à presser l'une contre l'autre les surfaces de l'articulation malade : la douleur diminuant, la contraction elle-même a moins de tendance à se produire. — Cette immobilisation partielle ne doit s'appliquer qu'à la période aiguë de la maladie : plus tard, on ne peut suivre les mêmes errements, alors on a recours aux différents appareils appropriés (1). — Quand on est arrivé à la période de suppuration, il est dangereux de s'en tenir à l'expectation, il faut intervenir ; l'ouverture des abcès et le drainage ne sont pas suffisants où la résection peut rendre les plus grands services, et on doit s'y résoudre, sauf contre-indication locale ou surtout générale. — M. Duplay est donc partisan de cette opération, et il s'appuie sur les statistiques qui ont été fournies : M. L. Le Fort (2) donne dans son Mémoire sur soixante-douze opérés quarante-deux guérisons, c'est-à-dire 58 p. 100 de succès contre vingt-neuf morts. — Dans le jeune âge les résultats sont encore meilleurs ; malades âgés de cinq à dix-neuf ans, quarante-quatre guérisons pour quarante-neuf opérations ; dans un dernier numéro du *Journal d'Edimbourg* M. Annandale fournit quatorze guérisons sur vingt-deux cas opérés.

b. LUXATION DU COUDE COMPLÈTE EN ARRIÈRE. — *Procédé du genou.* — M. Duplay donne souvent la préférence à la méthode du genou qui est très-commode, parce que le chirurgien, pour la pratiquer, n'a besoin d'aucun aide. — Le chloroforme n'est pas indispensable. Pour opérer, on applique le genou sur la face antéro-inférieure du bras et on étend fortement l'avant-bras en le fléchissant. Ce procédé réussit si bien, que chez l'enfant il suffit non pas d'employer le genou, mais d'appliquer le poing en avant de l'extrémité antéro-inférieure de la région brachiale.

c. FRACTURE DE LA ROTULE. — *Extension forcée.* — Pour obtenir le contact des fragments, M. Duplay n'a pas recours généralement à l'usage des griffes de Malgaigne. Il place le membre dans l'extension forcée de la jambe sur la cuisse et le maintient dans l'élévation en attachant, à l'aide de lacs, le pied aux tringles supérieures du lit du malade. — L'ouate et une bande roulée laissant le genou libre, pour qu'on puisse y appliquer des résolutifs, complètent ce simple appareil.

d. OSTÉITE ET NÉCROSE DU GRAND TROCHANTER FÉMORAL. — *Affection simulant la coxalgie* (*évidement*). — M. Duplay fend les diverses

(1) Voir le service de M. le Professeur Verneuil.

(2) L. Le Fort, *De la résection de l'articulation coxo-fémorale dans les cas de coxalgie et de plaies par armes à feu* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1860, tome XXVI, p. 126), et *De la résection de la hanche dans les cas de coxalgie et de plaies par armes à feu.* Paris, 1861, in-4°.

fistules avec la sonde cannelée et le bistouri, pratique l'évidem de la partie externe de l'extrémité supérieure du fémur et éte plusieurs cautères actuels sur les surfaces saignantes.

Fig. 238. — *Ciseau.*

Pour faire cet évidement, il se sert du ciseau, de la gouge et du maillet (fig. 238, 239, 240). Il emploie également à cet effet la pinc

Fig. 239. — *Gouge.*

gouge de Nélaton (fig. 241) qui permet d'agir avec beaucoup de force et de précision. Elle se compose de deux branches entrecro

Fig. 240. — *Marteau.*

sées, très-fortes, dont les mors sont remplacés par deux gouges qui arrivent au contact par leurs extrémités tranchantes. Cet instrument permet de couper et de creuser en évidant tout à la fois.

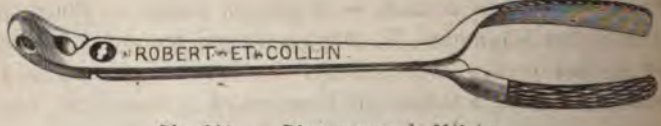


Fig. 241. — *Pince gouge de Nélaton.*

e. ÉPANCHEMENT TRAUMATIQUE PRIMITIF DE SÉROSITÉ. — *Éviter la suppuration. — Ponction aspiratrice. Injection iodée.* — Ces épanchements se distinguent de l'épanchement sanguin : 1° *par la nature du traumatisme* qui lui a donné naissance ; ils ne sont possibles que dans les régions où la peau glisse sur une aponévrose (1), comme les aponévroses sacro-lombaire, de la cuisse, du bras ; ils se mani-

(1) Morel-Lavallée, *Des épanchements traumatiques primitifs de sérosité* (*Arch. génér. de méd.*, 1853).

sient parce que, le coup frappant obliquement, la peau glisse sur ponévrose au delà des limites de son élasticité et s'en détache; e cavité plus ou moins vaste résulte du véritable arrachement de peau ; 2° *par la nature du liquide* (1) : au début ce n'est pas la sérosité ire, il est peu fluide et plus foncé, comme un *sirop brunâtre;* quel- efois c'est une émulsion de graisse, quelquefois tout à fait hui- ux (*épanchements traumatiques huileux* de Gosselin, ou *mixtes* de orel-Lavallée). Ces épanchements, au contraire des épanchements anguins, n'ont aucune tendance à disparaître, ils augmentent utôt, car ils offrent les parois d'un véritable kyste dont le mode de crétion ressemble à celui des autres poches de nature semblable. — Dans ces épanchements huileux, Gosselin pense que cette matière asse n'est autre que celle du sang qui passe seule par les orifices trécis des vaisseaux arrachés; mais, dit M. Duplay (Leçon clinique ite à Saint-Louis, recueillie par Marot), s'il n'en était ainsi, tous les anchements séreux devraient contenir de la graisse liquide. Il emble plus naturel de penser que celle-ci provient des parois mo- ifiées de la poche. — Dangers de la suppuration et du phlegmon iffus. — Tous les efforts doivent tendre à éviter la suppuration.

Si l'épanchement est de petit volume, expectation, repos, com- ression, applications résolutives, vésicatoires.

Si le liquide augmente, lui donner issue au dehors; rejeter l'inci- ion de la poche, tout d'abord, de crainte de suppuration. — Ponc- ion simple avec le trocart ordinaire ou mieux *ponction aspiratrice :* e pas vider la poche d'un coup et ne pas provoquer son affaisse- ent complet, en exerçant la compression à sa surface. Le liquide énéralement se reproduit ; répéter la ponction. — Si la collection écidive encore, se comporter comme dans l'hydrocèle, modifier état de vitalité des parois kystiques au moyen d'injections irri- antes (*teinture d'iode*). — Si, malgré tout, la suppuration apparaît, e hâter de lui donner issue, larges incisions, drainages.

f. ARTHRITE SÈCHE ou plutôt DÉFORMANTE. — Traitement externe : *einture d'iode, révulsif*, etc. ; traitement interne : *eaux sulfureuses*. — D'une façon générale lorsque la nature intime d'une affection vous chappe, on a bien du mal à poser ses indications thérapeutiques, 'est précisément ce qui a lieu pour l'*arthrite déformante*. Depuis les ravaux modernes dont elle a été l'objet, on en connaît les lésions ntra et extra-articulaires (état velouté des cartilages, productions ar- ores centes de la synoviale, éburnation et transformation en *têtes*

(1) Duplay, *Progrès médical*, 26 août 1876.

fistules avec la sonde cannelée et le bistouri, muscles, pointes et de la partie externe de l'extrémité [illegible] étiologiques en so plusieurs cautères actuels sur le [illegible] traumatique est indu [illegible], luxation); tantôt on d [illegible] rhumatismale; tantôt rien.

[illegible] récemment une variété d'arth [illegible] l'influence d'une altération des [illegible] tendance à regarder dans bien

Pour faire cet év[illegible] comme le résultat d'un *trouble tr* maillet (fig. 238, [illegible] *nutrition* de la jointure; aussi pour lui [illegible] impropre, car l'inflammation est cer [illegible] accusé.

[illegible] de cette affection mal définie est plutôt [illegible] qu'elle entraîne à sa suite. C'est ainsi qu'[illegible] gouge[illegible] fréquemment d'épanchements articulaires mé fore[illegible] de fongosités, etc.; il faut alors avoir recours a [illegible] aux vésicatoires, à la compression méthodique de la [illegible] aux badigeonnages de teinture d'iode, etc.

M. Duplay conseille de ne pas trop insister sur l'*immo* qui rend si grand service, comme on le sait, dans le traite autres variétés d'arthrite. En effet, dans l'arthrite sèche, r grande déformation qui est le caractère fondamental de la les mouvements de la jointure sont en partie conservés, quoi les frottements et craquements que l'on connaît si bien condamnant une pareille articulation à l'immobilisation tro gée, on fait perdre le seul bénéfice que lui laisse l'affect même, *la conservation de quelques mouvements*, car on n'ig que tout article sain soumis à l'immobilité perd en partie tions, et à plus forte raison lorsqu'il est malade. — M. D garde les *préparations iodées* et l'iodure de potassium en pa comme jouissant d'une certaine efficacité; mais un moc puissant, que l'on ne peut malheureusement mettre en u chez les personnes aisées, est le traitement par les *eaux sul* plusieurs saisons à Plombières ou à Néris, dont les eaux nent au rhumatisme chronique, rendent parfois de grand aux malades atteints d'arthrite déformante.

g. PÉRI-ARTHRITE SCAPULO-HUMÉRALE. — *Rupture des adh des brides fibreuses, douches, électricité, massages.* — M. Dup crit (1) une affection chronique extra-articulaire qui jusqu'

(1) Duplay, *Archives générales de médecine*, novembre 1872.

avait été considérée comme siégeant dans l'intérieur de l'articulation scapulo-humérale : cette inflammation péri-articulaire porte en elle des conséquences qui, par suite de la disposition anatomique de la région, revêtent un cachet tout spécial. Une autopsie qu'il a pu faire lui a montré :

« 1° Que, chez un individu présentant au plus haut degré les « symptômes d'une ankylose fibreuse de l'épaule, suite de luxation « réduite aisément, l'articulation scapulo-humérale était intacte;

« 2° Que la cause de la roideur de l'épaule résidait dans les lé- « sions extra-articulaires ;

« 3° Enfin que ces lésions évidemment d'origine inflammatoire et « consécutives au traumatisme consistaient dans un *épaississement* « *de la bourse séreuse sous-acromiale*, et surtout dans des adhérences « fibreuses entre la face profonde du deltoïde et l'extrémité supé- « rieure de l'humérus. »

Cette péri-arthrite, localisée par M. Duplay dans la *bourse sous-acromiale* et dans le *tissu cellulaire sous-deltoïdien* qui s'épaississent et s'indurent, a donc pour caractère essentiel la production de tractus fibreux qui entravent le jeu de la tête humérale sous le deltoïde et sous la voûte acromio-claviculaire. Ses principaux caractères sont :

Le peu de tuméfaction de l'articulation ; — la gêne des mouvements spontanés et provoqués de l'épaule ; — l'omoplate suit complétement la tête humérale dans ses mouvements; — c'est le mouvement d'abduction qui est le plus gravement compromis; — douleurs spontanées (à la suite de ces mouvements) ayant leur siége de prédilection, ainsi que les douleurs provoquées par pression, au-dessous de l'acromion, au niveau des attaches humérales du deltoïde, au niveau de l'apophyse coracoïde.

Le moyen de diagnostic d'avec l'*ankylose fibreuse articulaire* est, d'une part, l'absence de douleur au niveau de la jointure, et, d'autre part, l'innocuité absolue de la rupture de ces brides pour l'articulation qui, consécutivement, n'est le siége d'aucune tuméfaction, d'aucune douleur et dont les mouvements redeviennent plus faciles.

Une thérapeutique active (rupture des brides) doit être appliquée le plus tôt possible à la péri-arthrite, car, plus on attend, plus ces adhérences deviennent résistantes, et plus l'atrophie des muscles rotateurs et élévateurs du bras est à craindre.

M. Duplay pense que l'atrophie du deltoïde, qui parfois survient assez rapidement, est due en partie à la compression du nerf circonflexe par les tissus fibreux de nouvelle formation. Les moyens

extérieurs, tels que douches, frictions, massages, sont complé-ment insuffisants; il faut de toute nécessité rompre et allonger c brides.

M. Duplay pratique une anesthésie complète et fixe le scapul avec deux alèzes (l'une passée en cravate sur la région interne d l'aisselle, l'autre sur la partie supérieure du moignon de l'épaul puis il imprime à l'humérus des mouvements prononcés d'ab dans le sens de l'abduction, puis en avant, en arrière, dans la rot tion et enfin en circumduction. Ces divers mouvements s'accomp gnent de crépitation et le plus souvent de *craquements* si marqué qu'ils sont perceptibles et par la main de l'opérateur et par l'oreille d assistants : leur intensité est telle parfois, qu'il semble qu'on ait pr duit une rupture de l'extrémité supérieure de l'humérus, comm cela a eu lieu chez le premier malade qu'a eu à traiter M. Duplay.

On répète cette manœuvre tant que le bras ne joue pas facile-ment sur l'omoplate.

Traitement complémentaire. — Ce n'est que lorsqu'on a achevé c premier temps indispensable qu'on est en droit d'appliquer un trai-tement complémentaire consistant en douches, massages, gymnas-tique et électricité, destiné à ranimer la contractilité des muscle de l'épaule.

Si ultérieurement les mouvements de l'articulation ne reprennent pas leur intégrité d'une façon complète, il est indiqué de procéder à une deuxième séance de rupture des brides extra-articulaires.

h. HYGROMA. — *Traitement différent suivant la variété à laquelle on a affaire.* — Il existe une différence aussi grande entre l'*hygroma* proprement dit (hydropisie) et l'*inflammation de la bourse* (avec épan-chement), qu'il y en a une entre l'*hydrocèle* et la *vaginalite*, ou bien entre l'*hydarthrose* et l'*arthrite;* aussi ces deux affections nécessitent-elles, comme ces dernières, des moyens thérapeutiques essentielle-ment opposés.

1° L'*inflammation sub-aiguë* de la bourse pré-rotulienne, avec épan-chement, est un état d'hypersécrétion momentanée comparable à celui de la vaginalite; aussi cet épanchement est-il susceptible comme celui de cette dernière, de disparaître spontanément par l repos, les cataplasmes et la compression. Ce sont même très-proba blement des cas de cette espèce qui ont été regardés par certain chirurgiens comme des exemples d'hygroma guéris par l'applicatio de compresses d'hydrochlorate d'ammoniaque.

Si l'inflammation prend un caractère suraigu (gonflement, rou geur et douleur considérable), les menaces ou la présence de la su

tion sont de nature à prescrire l'ouverture du foyer, de peur de se propager le processus inflammatoire, et se développer par inage ou par rupture un phlegmon diffus du membre (bourse o-olécrânienne, bourse pré-rotulienne).

Dans le cas d'*hygroma* proprement dit, il n'y a, au contraire, au- e tendance à la guérison spontanée; dans ce cas, il y a hydro- e, comme dans l'hydrocèle, l'hydarthrose, c'est-à-dire une mo- cation de nutrition : la sécrétion de la cavité séreuse l'emporte le phénomène de l'absorption. L'affection suit alors une marche issante non rétrograde et peut, par une circonstance fortuite, un ssement, une chute, en un mot un traumatisme quelconque, ndre un caractère inflammatoire qui ajoute, on le comprend, à gravité.

ans l'hygroma véritable ou chronique il y a encore à établir, au nt de vue de la méthode thérapeutique à employer, une dif- nce qui dépend à la fois et de l'état des parois et de la nature contenu de la poche.

orsque les parois sont molles et minces et que le contenu est ux ou sanguinolent, comme cela s'observe très-fréquemment, peut espérer, en employant la méthode adhésive, voir se produire adhérences entre ces parois et par suite la guérison ; aussi dans cas on réussit en employant la *ponction*, avec le trocart à hydro- , suivie de l'*injection iodée :* on peut même espérer ce bon résul- mais avec plusieurs chances en moins, même s'il existe, nageant s le liquide, quelques petits grains riziformes qu'on a le soin traîner en faisant des lavages répétés dans la poche.

lais, si on a affaire à un de ces vieux *hygromas professionnels* à u épaisse et dont les parois ont acquis avec le temps une consis- ce très-grande et une dureté presque cartilagineuse, s'il existe grains riziformes en grande abondance, libres ou adhérents par e de la végétation de la face interne de la poche, évidemment les is ne peuvent se rapprocher ultérieurement. Aussi ne doit-on s fonder aucune espérance sur la méthode adhésive. Pour éviter emps, des douleurs au malade et prévenir certains accidents in- matoires qui pourraient survenir, même à la suite d'une injec- iodée intempestive, il vaut mieux débuter franchement par la *ode suppurative*, de façon à produire des végétations à la face in- e et à amener un affaissement des parois par réunion secondaire. n devra, dans ces cas, choisir le *séton*, le *drainage*, ou mieux l'*in- n large* ou *cruciale* de l'hygroma dont la suppuration sera entre- e par la présence de la charpie.

i. FRACTURE DE LA JAMBE AVEC PLAIE. — *Se laisser guider surtout par l'état des parties molles.* — Dans les fractures compliquées de plaie, ce chirurgien pense que c'est surtout l'état des parties molles qui doit indiquer la marche à suivre. Il ne pratique guère d'*amputation immédiate* que lorsque les téguments sont extrêmement contusionnés et déchirés en surface et en profondeur, comme dans les traumatismes de chemin de fer où un phlegmon diffus très-grave est inévitable : dans ces cas, ce n'est pas l'amputation de la jambe, mais bien celle de la cuisse à laquelle il faut avoir le plus souvent recours, et surtout avant que la fièvre traumatique se soit déclarée.

Dans tous les autres exemples où les téguments sont à peu près conservés, quand bien même le squelette est le siége d'une solution de continuité extrêmement comminutive, il tente la conservation du membre — usage des gouttières et attelles plâtrées, pansement humide. — Il n'emploie pas l'irrigation continue.

La même conduite s'applique aux fractures par coups de feu, et la question est jugée au moins actuellement en faveur de l'*expectation*, lors même que la fracture est comminutive et que les téguments et les muscles ont subi un désordre assez étendu. M. Cuignet (1), médecin principal, sur vingt-un cas de fractures comminutives du tibia, a pu obtenir la guérison chez tous ses malades (guérison parfaite sept fois, résultat passable dans sept autres, membre hors de service dans les sept derniers). Dans treize cas la lésion siégeait en haut, dans quatre au milieu, et dans quatre autres en bas.

D'autre part, le professeur Volkmann (de Halle) (2) dit que sur quatre-vingts-onze cas de ce genre traités à Trautenau par la conservation du membre, il n'y a eu que seize décès, soit 17,5 p. 100, tandis que dix-huit traités par l'amputation ont donné neuf morts. Dans la campagne d'Italie, la proportion des pertes des fractures de jambes traitées par la conservation n'a été que de 17 p. 100. — Billroth, à Wissembourg, et Socin, à Carlsruhe, n'ont eu qu'une mortalité de 14 p. 100.

Ce sont évidemment des résultats qui plaident d'eux-mêmes en faveur de la conservation.

j. PÉRIOSTITE PHLEGMONEUSE DIFFUSE DU TIBIA. — *Résection précoce.* — Dans une note académique récente, M. Giraldès (3) a émis cette opinion que, dans le cas de périostite phlegmoneuse diffuse des membres, il était préférable, au lieu d'attendre, de faire la résection

(1) Cuignet, *Recueil de médecine et de chirurgie militaires*, juillet et août 1874.
(2) Volkmann (de Halle), *London medic. Record*, avril 1873.
(3) Giraldès, *Note sur les résections précoces des os dans leur continuité* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1873).

osseuse de bonne heure. C'est là un avis que partage entièrement M. Duplay, car, en supposant que les malades échappent tout d'abord aux *symptômes locaux* (fusées purulentes très-étendues et sous-périostiques, articulations voisines envahies) et aux *phénomènes généraux* si graves en pareille circonstance (typhus, pyohémie des membres), ils ont encore à lutter consécutivement contre des accidents non moins sérieux (nécrose du tibia baignant complétement dans le pus, — séquestre invaginé, — cloaques, — suppuration prolongée, — nécessité d'une opération laborieuse). Il y a donc indication à agir le plus promptement possible. Si les jointures adjacentes sont prises, il ne reste plus que l'alternative entre l'amputation de la cuisse ou la désarticulation du genou, mais, si ces articulations sont encore saines, c'est à la *résection sous-périostée* qu'il faut avoir recours.

C'est cette dernière opération qu'il a pratiquée en 1874 à Saint-Antoine sur deux enfants dans des circonstances un peu différentes.

Chez le *premier*, un garçon de quatorze ans, qui avait présenté une ostéite épiphysaire d'un doigt de la main droite, fut pris, un peu après, d'une périostite phlegmoneuse diffuse du tibia gauche ayant débuté par l'épiphyse inférieure et dont la marche fut des plus rapides : divers abcès se manifestèrent de bas en haut et nécessitèrent plusieurs incisions à travers lesquelles le stylet arrivait sur l'os dénudé ; le tibia baignait en totalité dans la suppuration, mais les jointures voisines n'étaient pas envahies. Les phénomènes généraux offraient également un caractère de gravité des plus intenses. — Ne pensant pas, comme Holmes, que la pyohémie précède chez ces enfants le développement de la périostite phlegmoneuse diffuse, M. Duplay se décida à intervenir d'une façon hâtive, car le petit malade était en danger de mort.

Une longue incision fut pratiquée sur toute la longueur du tibia, après l'application de la bande d'Esmarch, et le périoste fut décollé facilement. L'os fut sectionné en haut, à une petite distance de son épiphyse, et se détacha de lui-même de l'épiphyse inférieure, sans qu'on eût besoin d'avoir recours de nouveau à la scie à chaîne : 26 *centimètres de tibia avaient été enlevés ;* le membre fut placé dans une gouttière plâtrée ; deux mois après *un os nouveau* était presque complétement reproduit, excepté à la partie inférieure où, pendant l'opération, un lambeau de périoste avait été arraché par mégarde.

Chez le *second* (enfant de 15 ans), il s'agissait d'une périostite

(1) Holmes, *Thérapeutique des mal. chir. des enfants*, 1870, p. 609.

phlegmoneuse diffuse du radius gauche (partie inférieure). Le malade échappa aux accidents locaux et généraux, mais il restait au bout de sept semaines avec un membre impotent beaucoup plus volumineux, présentant des fistules et des clapiers indiquant la présence d'un séquestre. M. Duplay fit une incision sur le trajet du radius, sectionna l'os à la limite supérieure du mal, et, le détachant en bas au-dessus de son épiphyse inférieure, enleva une longueur de 8 centimètres représentant un séquestre formé par l'os ancien et qui *commençait manifestement à s'invaginer ;* si on avait attendu plus longtemps, l'opération qu'aurait sans aucun doute nécessitée l'ablation de ce séquestre, eût été beaucoup plus laborieuse que celle qui a été faite prématurément chez ce jeune malade.

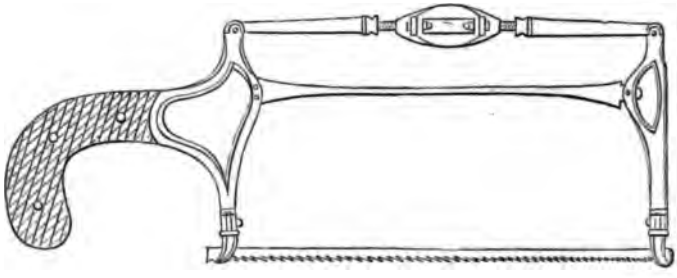


Fig. 242. — *Scie de Butcher.*

Dans les cas de résection de ce genre M. Duplay se sert aussi soit de la scie tournante de Butcher (fig. 242), soit de la scie à feuillet mobile de Mathieu (fig. 243) dont l'arbre présente une branche antérieure articulée en *a*, tandis que la branche postérieure *b* se termine par une crémaillère qui pénètre dans la racine du manche : cette crémaillère est mue par un levier *c* qui attire l'arbre et l'allonge en s'abaissant sur le dos du manche qui présente du côté opposé une petite branche articulée en *a*.

k. ABCÈS DU TIBIA GAUCHE (partie inférieure). — *Trépanation.* — M. Duplay pense que l'on redoute un peu trop l'usage du trépan dans cette variété d'abcès décrite sous le nom d'*abcès douloureux des épiphyses*, par Brodie et par M. E. Cruveilhier (1).

Il a employé cette méthode avec succès chez un malade de vingt-sept ans, à Saint-Antoine, qui, dans l'espace d'une douzaine d'années, avait présenté sur la face interne du tibia vingt abcès qui s'ouvraient ou étaient ouverts, restaient fistuleux un certain temps.

(1) Cruveilhier, *Abcès douloureux des épiphyses*, thèse inaug., 1866.

puis se fermaient. — Le 3 janvier 1873, le malade entre pour un nouvel abcès qui s'ouvre et se cicatrise. Les souffrances sont cependant continues, offrent une recrudescence marquée à l'époque des abcès, mais persistent surtout avec un caractère sourd et contus dans la marche et dans la position déclive : pendant la nuit et dans le décubitus elles disparaissent en grande partie. Rentrée le

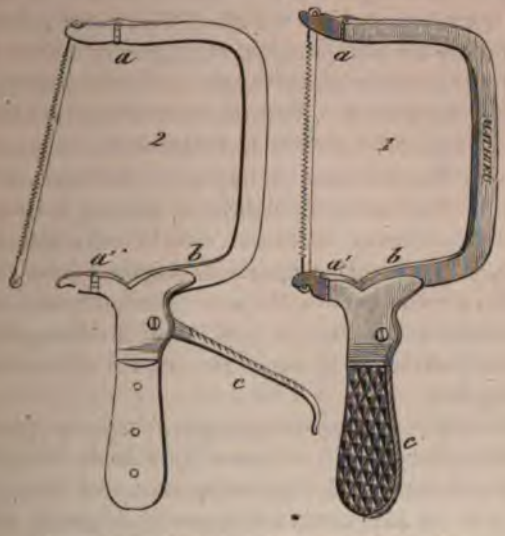


Fig. 243. — *Scie à feuillet mobile de Mathieu.*

14 décembre 1874 avec des douleurs plus vives, formation d'un nouvel abcès de la grosseur d'une petite noix : incision cruciale, donnant issue au pus du petit foyer absolument indépendant de l'os ; à ce niveau, le périoste est épais et plus adhérent.

M. Duplay applique une *couronne de trépan* à 7 centimètres environ de l'extrémité de la malléole interne et n'obtient aucun résultat : une deuxième couronne fut appliquée à 2 centimètres au-dessous et donna issue à une *cuillerée de pus* renfermée dans une cavité régulière, tapissée d'une membrane rouge tomenteuse et sensible à l'attouchement : l'os n'était pas nécrosé, et les parois de l'abcès étaient intactes. — Tube en caoutchouc au fond de cette cavité, guérison en un mois. La cicatrice résultant de l'opération est adhérente, le malade boite encore un peu, mais toute douleur a disparu.

f. LUXATION DE LA ROTULE (de champ). — *Emploi des griffes de Malgaigne pour la réduction.* — Si les tentatives de réduction faites

même avec l'anesthésie chloroformique ne sont pas suivies de résultat, M. Duplay se sert pour ébranler la rotule d'un instrument analogue à la pince à griffes de Malgaigne.

La face antérieure de l'os étant tournée en dedans et le bord interne en bas et en arrière, les griffes sont fixées sous ce bord interne : il parvient alors, en produisant des tractions énergiques de dedans en dehors, à dégager le bord interne de la rotule qui reprend sa position normale : chez un malade (1), les conséquences de cette réduction furent des plus simples, et la guérison s'est maintenue.

m. LUXATION DE L'ÉPAULE (ancienne). — *Emploi des moufles, ne pas dépasser* 200 *kilogrammes.* — Comme cause d'irréductibilité M. Duplay croit moins à la formation de brides et d'adhérences (comme cela est répété dans les livres classiques) qu'à l'*interposition permanente* soit d'un tendon ou de débris de muscle, ou de l'ancienne capsule, qui constituent, en ce cas, une barrière infranchissable : plus on tire, plus l'obstacle acquiert de prépondérance. Ce qu'il faudrait obtenir, c'est la section de cet organe interposé ; malheureusement, comme on ne sait pas quel il est, il est impossible d'agir pour l'épaule comme on le fait, dans les cas désespérés, pour la luxation du pouce.

Jusqu'à quelle époque a-t-on quelque chance de réussir dans les tentatives de réduction? Il est assez difficile de répondre à cette question : à une certaine époque on agissait avec beaucoup plus de hardiesse, mais des faits malheureux se sont produits, et on est redevenu timide.

La luxation la plus ancienne qu'on ait pu réduire est le cas d'une luxation de la hanche datant de cinq ans et rapportée par A. Cooper : il s'agissait d'un matelot ayant une luxation iliaque ; des tentatives furent faites en vain, mais qui, sur le refus du malade, ne purent être renouvelées : elle fut abandonnée; or, ce matelot étant tombé à l'eau en montant à un mât fut repêché, et, dans un violent effort qu'il fit pour monter à bord, la luxation se réduisit.

La plus ancienne des luxations de l'épaule qui ait été réduite, est celle publiée par Sédillot et datant de un an et quinze jours. Les autres datent de huit, neuf mois, la moyenne est de trois ou deux mois seulement.

Il y a à cet égard une distinction à établir entre les variétés antérieure et postérieure : ce sont, en général, les luxations antérieures internes qui ont surtout pu être réduites malgré leur ancienneté.

(1) Duplay, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1870-71.

M. Duplay croit que la limite moyenne au delà de laquelle il est imprudent de faire des tentatives est de trois mois.

Il emploie ordinairement les procédés de douceur qui permettent de tourner l'obstacle, plutôt que d'en triompher par force, et ne fait usage du chloroforme qu'avec beaucoup de circonspection. Il fait cependant usage parfois de moufles munis du dynamomètre, instrument indispensable pour régler la force que l'on déploie, et de la pince à échappement de Nélaton.

Il engage à ne jamais dépasser le poids de 200 kilogrammes : 100 kilogrammes représentent déjà une force de traction très-raisonnable : il fait d'abord des tractions perpendiculaires au tronc, puis d'autres, le bras placé dans l'élévation, enfin des tractions en bas : s'il échoue dans ces limites, il ne persévère pas, car les accidents mentionnés dans la science à la suite de ces tentatives sont aussi variés que redoutables : de plus, il faut se souvenir que des luxations ne datant *même que de trois jours* ont été complétement irréductibles, le fait est rare, mais M. Duplay le croit d'une vérité absolue.

Une luxation étant irréductible, on doit faire subir au malade un traitement consécutif qui a surtout pour but la *gymnastique* du membre pour rendre les mouvements le moins gênés possible.

n. PIED VALGUS DOULOUREUX (pied plat). — 1° *Impotence du long péronier. Électrisation de ce muscle.* — Il ne s'observe que chez les jeunes sujets, de là le nom de *tarsalgie des adolescents* que lui donne M. Gosselin (1) et dans laquelle ce professeur ne voit qu'une arthrite primitive localisée surtout à l'articulation astragalo-calcanéenne, arthrite s'accompagnant d'une contracture musculaire réflexe ayant pour résultat le renversement du pied en dehors; — théorie reposant sur une seule autopsie (2).

M. Duplay (3) ne croit pas qu'il suffise d'une arthrite pour déranger la statique du pied et produire le pied plat valgus douloureux, et il affirme que la *théorie de l'arthrite* est en contradiction avec les faits cliniques et avec les lois générales de la pathologie articulaire. Il se range à l'opinion de Duchenne (de Boulogne) (4) qui a trait à l'*impotence fonctionnelle du long péronier latéral* (5) (fig. 244, 245).

(1) Gosselin, *Tarsalgie des adolescents (valgus douloureux), lésions anatomiques de cette maladie* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1865, tome XXXI, p. 144), et *Clinique chir. de la Charité*, 2e édition. Paris, 1876, tome I, p. 152.

(2) Cabot, Thèse inaug., 1865.

(3) Duplay, *Progrès médical*, 3 juin 1876.

(4) Duchenne (de Boulogne), *De l'électrisation localisée et de son application à la pathologie et à la thérapeutique*, 1872.

(5) Duplay, *Arch. gén. de méd.*, 1872.

Dans le pied plat valgus douloureux, le long péronier, d'après cette théorie, manque à sa tâche au moment où son action devient nécessaire : à l'état physiologique on sait, en effet, que le long péronier latéral doit, *à lui seul*, résister au poids du corps pendant la marche et *soutenir la voûte plantaire*. Dans le valgus, le long péronier latéral manquant de force pour soutenir le métatarsien abaissé, celui-ci est

Fig. 244. — *Pied plat valgus, consécutif à la paralysie accidentelle du long péronier latéral.* Duchenne (de Boulogne).

Fig. 245. — *Même pied dont la voûte plantaire a été rétablie après la guérison de la paralysie du long péronier latéral par la faradisation. La saillie sous-métatarsienne (talon antérieur) pouvant être abaissée puissamment pendant la station et la marche, le valgus ne s'est pas reproduit et les douleurs ont disparu.*

repoussé en haut, et la voûte plantaire s'effondre pour ainsi dire. Dans cette nouvelle condition, le pied ne repose plus en avant sur la tête du premier métatarsien, mais vient alors prendre point d'appui sur les têtes des quatrième et cinquième métatarsiens, qui, n'étant pas soutenus par des puissances musculaires appropriées, se laissent repousser en haut d'une façon passive et mécanique. De là, l'élévation du bord externe du pied et l'abaissement de son bord interne c'est-à-dire le valgus.

La thérapeutique concorde avec ces deux théories.

Théorie de l'arthrite : immobilité, — redresser la déviation, porter le pied en adduction forcée, le placer dans un appareil inamovible, deux à trois mois. M. Duplay n'adopte pas ce mode de traitement, il croit que le repos forcé affaiblit le membre et que l'impuissance fonctionnelle augmente.

Théorie de l'impotence fonctionnelle du long péronier latéral. — Augmenter l'énergie et la force de contraction du muscle affaibli.

ation localisée de ce muscle. — C'est le traitement adopté
play et à l'aide duquel il a obtenu à Saint-Antoine de nom-

ied droit devenant plat pendant la la station debout. Duchenne (de

Fig. 247. — *Pied devenant valgus pendant la marche et la station debout.* Duchenne (de Boulogne).

Face interne du pied gauche s de valgus creux par con- long péronier latéral. — Avant t. — *Est destinée à montrer t de la saillie sous-métatar- l'augmentation de la voûte , consécutivement à la con- long péronier latéral.* Du- Boulogne), *Physiologie des*).

Fig. 249. — *Face externe du pied gauche, dans un cas de valgus creux par contracture du long péronier latéral.* — Avant le traitement. — *Destinée à montrer le relief* F *du tendon du long péronier latéral produit par la contracture de ce muscle et à prouver que, par le fait de son abaissement, la saillie métatarsienne* A *se trouve sur un plan inférieur à la plante du pied, et que la courbe de la voûte plantaire* B *est augmentée.* Duchenne (de Boulogne).

breux succès : — affection rebelle dans certains cas; cependa
est autorisé à tenter alors la section sous-cutanée des tendon
tracturés.

2° (Pied creux.) *Contracture du long péronier.* — Duchenne (de
logne) a décrit en 1858 (1) pour la première fois le *pied creux*

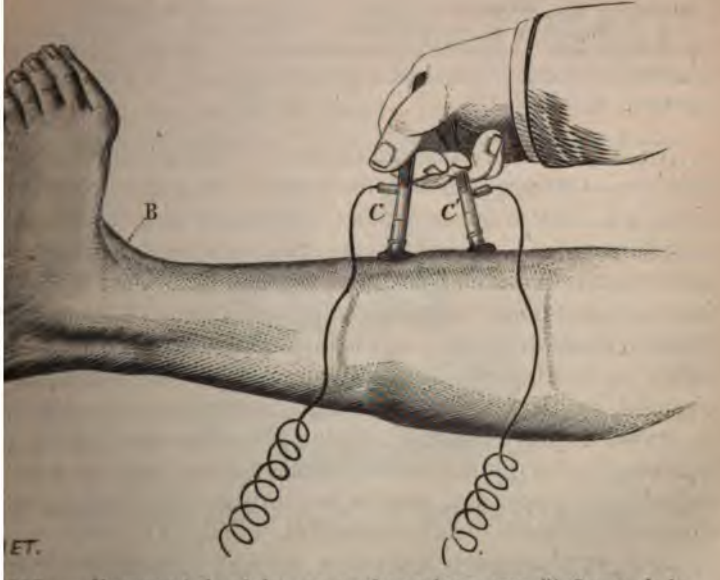
Fig. 250. — *Face plantaire du pied gauche, dans un cas de valgus creux par contracture du long péronier latéral.* — Avant le traitement. — *Destinée à montrer la diminution du diamètre transversal* A, G, *de l'avant-pied, la torsion de cet avant-pied sur l'arrière-pied et les plis obliques* D, *qui se forment à la plante du pied sous l'influence de la contracture du long péronier latéral.* Duchenne (de Boulogne).

Fig. 251. — *Déviation latérale gauche dans un cas de valgus par contracture du long péron téral.* — Avant le traitement. Du (de Boulogne).

par contracture du long péronier latéral dont la découverte d
des mouvements propres du péronier latéral (fig. 248, 249, 250
Dans ce cas, on doit avoir recours à la faradisation du musc
tagoniste du muscle contracturé chez le malade, à savoir le
jambier antérieur, afin de corriger l'exagération de la voûte pl
produite par la contracture du péronier (fig. 252 et 253)
la résistance à la réduction provient, en plus, de brides f

(1) Duchenne (de Boulogne), *De la Genèse du pied plat valgus par la p du long péronier latéral et du pied creux valgus par contracture du long latéral.* (*Bull. de la soc. chir.*, 1860.)

. 252. — *Mouvement du pied vu par sa face interne, sous l'influence de la adisation au maximum du jambier antérieur.* Duchenne (de Boulogne).



253. — *Mouvement du pied vu par sa face externe, sous l'influence de la faradisation du jambier antérieur.* Duchenne (de Boulogne).

pendant que le pied est resté dans cette attitude vicieuse, on le rompt brusquement en pesant sur le membre en sens contraire du valgus : la déviation se trouve alors complétement corrigée comme le montrent les figures 254 et 255.

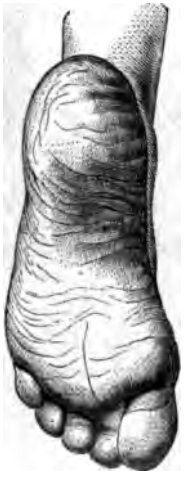


Fig. 254. — *Face plantaire du pied gauche à l'état normal, c'est-à-dire après la disparition de la contracture du long péronier latéral.* — Après le traitement. Duchenne (de Boulogne). *A comparer avec la fig.* 250.

Fig. 255. — *Pied gauche, vu de face à l'état normal, après la disparition de la contracture du long péronier latéral.* — Après le traitement. Duchenne (de Boulogne). *A comparer avec la fig.* 251.

o. PLAIES PÉNÉTRANTES ARTICULAIRES. — *Expectation. Drainage. Résection.* — Malgré la gravité de la lésion, M. Duplay croit qu'on ne doit pas se hâter de conclure au sacrifice du membre (résection ou amputation) : — irrigations continues, compression permanente établie au niveau des culs-de-sac de la poche synoviale ; la réaction venue, on peut mieux juger des indications d'après l'état général et recourir soit au drainage, soit à la résection ou à l'amputation sans donner systématiquement la préférence à l'un ou l'autre de ces moyens. Il faut bien être convaincu que, dans un grand nombre de cas, même les plus graves, il survient parfois les résultats les plus inattendus et les plus heureux : aussi doit-on mettre en œuvre toutes les ressources que possède la chirurgie conservatrice (incisions, débridements, contre-ouvertures, irrigations, injections alcooliques et phéniquées, traitement général reconstituant) avant d'en venir à une grande opération.

6° AFFECTIONS DE LA BOUCHE, DE LA FACE ET DU COU.

BEC-DE-LIÈVRE. — *Procédé ostéo-plastique intéressant la sous-cloi-de l'arcade alvéolaire.* — Dans le bec-de-lièvre unilatéral com-né de division de la voûte palatine et de l'arcade alvéolo-den-e, on sait qu'il existe d'habitude, comme déformation, non-seu-ent un aplatissement considérable de l'aile du nez du même , mais encore une disposition vicieuse du squelette telle, que deux moitiés de l'arcade dentaire ne se trouvent plus sur le ne plan, la moitié correspondant au bec-de-lièvre étant le plus vent rejetée en arrière.

I. Duplay a apporté à l'opération du bec-de-lièvre une petite dification assez ingénieuse à laquelle nous pouvons donner l'épi-te d'*ostéo-plastique* et qui répond aux deux indications suivantes : riger l'aplatissement de l'aile du nez en transportant la cloison le côté de la solution ; faire son possible pour que les deux itiés de l'arcade alvéolo-dentaire se correspondent. Voici com-nt il opère :

Il satisfait à la première de ces indications, en sectionnant c des ciseaux la portion cartilagineuse de la cloison, après avoir paré les bords de la fissure labiale, et après avoir pratiqué la ection rapide de la muqueuse alvéolaire et des adhérences qui vent exister : ce premier temps effectué, il est alors facile de ener le nez en masse, de façon à ce que le lobule se trouve cé sur la ligne médiane ; l'aplatissement disparaît en entier.

Fig. 256. — *Procédé de Clémot (de Rochefort) et de Malgaigne.*

donne la préférence ou bien au procédé de Clémot (de Roche-(fig. 256), qui fait servir les deux lambeaux d'avivement ren-

versés et appliqués l'un à l'autre : l'avivement est fait de haut en bas et avec un bistouri, ou bien à la méthode de Henry (de Nantes) (fig. 257 et 258) dans laquelle les bords de la division avivés offrent

Fig. 257. — *Procédé de Henry (de Nantes).*

Fig. 258. — *Résultat obtenu par le procédé de Henry.*

surface traumatique en sens inverse et présentent, par conséquent une surface bien plus étendue que celle du procédé précédent. Dans les cas simples le procédé de M. Cusco (1), qui est l'analogue de celui de Giraldès qui est représenté dans les figures ci-jointes (fig. 259 et 260), peut rendre également de très-grands services

Fig. 259. — *Opération du bec-de-lièvre (procédé Giraldès).*

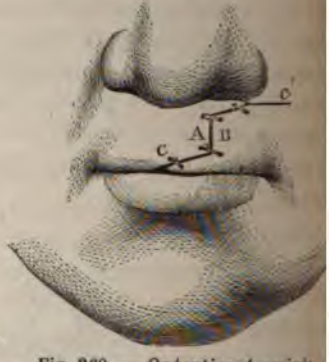


Fig. 260. — *Opération terminée. Sutures.*

A, lambeau interne ; B, lambeau du côté externe ; c, incision latérale.
AB, incision verticale ; c, lambeau inférieur ; c', lambeau supérieur, incision correspondant à l'incision C.

point de vue de la conformation ultérieure de la nouvelle lèvre.

M. Duplay termine par une suture entortillée, en conservant deux lambeaux labiaux (procédé Clémot), dont les extrémités li

(1) Voir le service de M. le Dr Cusco.

ment une petite trompe qu'il sera toujours temps de raccourcir, y a lieu.

S'il y a, de plus, division de la voûte palatine et de l'arcade den-e, avant de suturer les lambeaux de la lèvre, il corrige la diffé-ce des deux moitiés de cette arcade par l'ostéoplastie suivante : étache de l'extrémité libre de l'une de ces moitiés (la plus anté-ure, par conséquent celle du côté sain) un petit tubercule osseux il laisse encore adhérer par sa partie postérieure et qu'il fait culer pour le suturer avec l'extrémité libre de l'autre moitié de cade, avivée préalablement. Ce dernier temps, comme on le voit, siste à produire artificiellement une espèce de tubercule médian logue à celui qui existe dans le bec-de-lièvre bilatéral. — Le gment détaché, alimenté par les parties molles, se consolide par-tement en comblant l'énorme hiatus du maxillaire et en régulari-t l'arcade alvéolaire.

Dans un cas opéré par M. Duplay, le succès a été si complet, que germes contenus dans le tubercule fracturé, en grande partie au oins, ont donné naissance à des dents, comme les autres points de rcade alvéolaire.

C'est là une modification heureuse ayant pour avantage de favo-ser le travail d'oblitération qui doit combler ultérieurement la fis-ure palatine; mais elle a l'inconvénient de prolonger la durée de pération et surtout de faire perdre à l'enfant, comme nous en ons été témoin, une quantité de sang considérable, ce qui n'est as sans danger chez les très-jeunes sujets. C'est, en un mot, une pération délicate, nécessitant une grande sûreté de main de la part u chirurgien, et dans laquelle la rapidité d'exécution nous semble ne condition indispensable à sa réussite.

b. ÉPITHÉLIOMA DE LA LÈVRE INFÉRIEURE. — *Emploi de l'instrument tranchant.* — *Incision libératrice.* — Ce chirurgien, au lieu d'avoir re-ours aux caustiques, croit plus simple et plus avantageux de se ervir du bistouri. Il fait saisir par les doigts d'un aide les deux cô-és de la lèvre, de façon à comprimer l'artère coronaire, et enlève la meur en la circonscrivant par une incision en V ou plutôt par une ouble incision curviligne en C renversé. S'il existe en même temps que le néoplasme de la lèvre un ou deux nglions médians sushyoïdiens, il en pratique également l'extirpation en faisant partir du milieu de la convexité (fig. 261) de l'incision curviligne *a* une seconde incision verticale *ab* qui permet d'arriver sur ces ganglions.

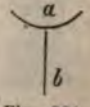


Fig. 261.

Au point de vue de la conformation ultérieure de la région, il croit

versés et appliqués l'un à l'autre : l'avive[illegible] consiste bas et avec un bistouri, ou bien à la m[illegible] isolée sur (fig. 257 et 258) dans laquelle les bords [illegible] dégénérés. — [illegible]ment des surfaces [illegible] réunion par suture [illegible]illée. — Un fait d'ob[illegible] est que les pertes de [illegible] qui paraissent, au [illegible] abord, très-considé[illegible] devoir rétrécir no[illegible] l'orifice buccal, n[illegible] lieu, la plupart du t[illegible] la cicatrisation, q[illegible] minution fort mi[illegible] orifice et qui ne g[illegible] les fonctions de la [illegible] cale.

Fig. 257. — *Proc[illegible] Na[illegible]*

surface traum[illegible] une surfac[illegible] Dans les [illegible] de celu[illegible] (fig. [illegible]

c. RÉTRÉCISSEME[illegible] SOPHAGE. — *Dilat[illegible] de grosses bougies.* — [illegible]cissements spasm[illegible] ce conduit sont plu[illegible] selon M. Duplay, [illegible] disent la plupart [illegible] Ils sont susceptible[illegible] ser vaincre par [illegible] risme répété, et à [illegible] fait usage de gros[illegible] en gomme élastiq[illegible] olivaire et de plus [illegible] lumineuses (fig. 2[illegible] n'a pas eu occasi[illegible] menter la méthod[illegible] tion par les olives [illegible] M. Chassagny. Voi[illegible] il procède :

Fig. 262. — *Bougie olivaire.*

Fig. 263. — *Bougie olivaire à courbure fixe.*

Après avoir in[illegible] doigt au fond de la [illegible] abaisser fortement [illegible] la langue, il introdu[illegible] bougie élastique jusqu'à la paroi pharyngienne, puis i[illegible]

doucement dans le conduit œsophagien ; s'il se trouve arrêté, il ne va pas plus loin, il attend avant de donner une nouvelle propulsion à la bougie ; si l'obstacle résiste toujours, il laisse cette dernière en place et charge le malade de la pousser lui-même peu à peu : cette manœuvre gêne fort médiocrement le larynx et ne produit que de rares mouvements de déglutition ou de régurgitation. On a bien soin d'attacher un ruban à l'extrémité extra-buccale de la bougie.

d. PERFORATION DE LA VOUTE PALATINE. — *Méthode de M. Baizeau.* — C'est à la méthode de M. Baizeau, à double pont, qu'il a recours : les incisions latérales sont reportées le plus près possible des arcades alvéolo-dentaires, et les lambeaux sont détachés avec une rugine. M. Duplay pense qu'il est bien préférable de pratiquer le décollement de la fibro-muqueuse palatine à l'aide d'instruments demi-

Fig. 264. — *Rugine de Fergusson.*

mousses : il se sert à cet effet, d'une spatule coudée, de la rugine tranchante de Fergusson (fig. 264) ou du grattoir de Langenbeck (fig. 265). — Nous lui avons vu opérer à Saint-Antoine par ce procédé

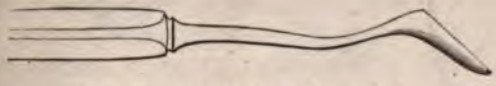


Fig. 265. — *Grattoir de Langenbeck.*

un garçon de trente-deux ans chez lequel une gomme palatine avait laissé une perforation à la suite de l'issue d'une esquille ; ce malade avait également présenté un coryza chronique. — Le passage de trois fils métalliques avait suffi : il n'était survenu aucun sphacèle, et quarante-huit heures après l'opération l'orifice était complétement fermé. — Il est bon de recommander en pareil cas au malade de rester dans le décubitus dorsal après l'opération pour permettre aux mucosités de s'écouler dans le pharynx, de peur qu'elles n'entravent la réunion des bords de la plaie.

L'un des temps les plus délicats de l'uranoplastie est certainement le passage des points de suture métallique. On doit employer des aiguilles à très-petites courbures, car les aiguilles ordinaires

(fig. 266) ne pourraient être manœuvrées avec facilité dans la vité buccale. — Il y aurait peut-être avantage à se servir des guilles de M. Péan dont le chas est tubulaire et conique (fig. 2

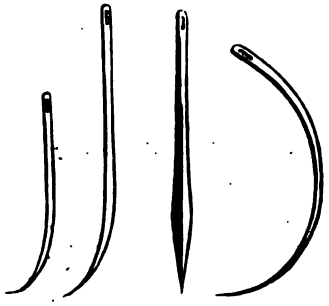


Fig. 266. — *Aiguilles à sutures.*

Le fil, après avoir traversé le chas A, est replié en anse B, puis re en arrière C. L'anse B s'enfonce dans le cône A et forme un n suffisant pour ne pouvoir traverser son orifice postérieur. C'e un moyen fort commode pour conduire les fils métalliques:

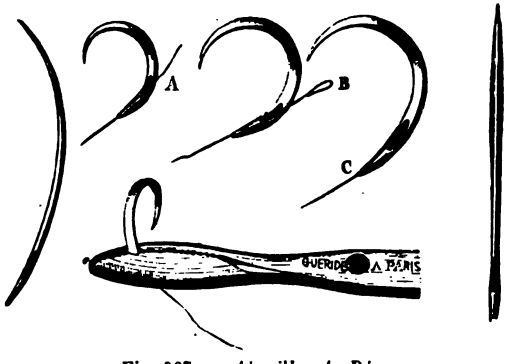


Fig. 267. — *Aiguilles de Péan.*

aiguilles conviennent également aux fils ordinaires : il suff remplacer l'anse B par un nœud qui va se cacher dans le cône.

M. le professeur Trélat a présenté à la Société de chirurgi des aiguilles à uranoplastie disposées de la manière sui (Gaujot et Spillmann). Le chas est placé près de la pointe, et ci est ramenée parallèlement à la tige : la longueur de la

(1) U. Trélat, *Bull. de la soc. de chirurgie*, 2e série, t. VII, p. 426.

urrente est de 18 millimètres; l'écart entre cette partie récur-
te à la tige est de 6 centimètres; l'aiguille pique quand on attire
nanche vers soi, comme s'il s'agit d'une érigne fortement re-
ırbée. Quant au porte-ligature que Langen-
k a préconisé pour ce genre d'opération
. 268), M. Duplay ne croit pas qu'il est indis-
nsable d'en faire usage.

Fig. 268. — *Porte-ligature de Langenbeck.*

e. TUMEUR ÉRECTILE VEINEUSE, FACE. — *Flè-
es de pâte de Canquoin, injection de perchlorure
fer.* — M. Duplay, pour se mettre en garde
ntre tout écoulement sanguin, perfore la tu-
eur en divers endroits par de petits trocarts
introduit dans ces trajets de petites flèches de
te de Canquoin, ce qui a pour effet de congeler
sang: peu à peu la rétraction se produit dans
masse; s'il reste une partie de la tumeur en-
ore perméable, il emploie les injections de
outtes de perchlorure de fer à 30° à l'aide de
a seringue de Pravaz.

f. LYMPHADÉNOME ET LYMPHOSARCOME PAROTI-
IEN. — *Intervention chirurgicale.* — Autrefois,
out engorgement ganglionnaire chronique était
egardé comme le résultat d'une irritation pri-
nitive (cuir chevelu, œil, nez, oreille, etc.).
Cette doctrine, défendue surtout par Velpeau, est
videmment beaucoup trop exclusive. Il en est
ui sont parfaitement primitifs, appartenant à
e *groupe d'hyperplasie* nouvellement décrit, qui
offre encore quelques obscurités, mais qui ne
peut se rapporter directement ni à la scrofule,
ni à l'inflammation, ni au cancer proprement
lit. Ces hyperplasies se présentent à nous sous
liverses formes qui se trouvent en rapport avec
structure intime du ganglion lui-même; en
ffet ce dernier se compose, d'une façon générale :

a. D'un *réticulum* de tissu conjonctif;

b. D'*éléments figurés* (*éléments cellulaires*).

Or, dans une *première variété* il y a hyperplasie simple, *lympha-
ome*, c'est-à-dire développement régulier et égal de ces deux élé-
nts, le réticulum conjonctif et l'élément cellule prenant simulta-
ment de l'extension. Au point de vue de la *thérapeutique* et du

pronostic, ce premier degré offre déjà une gravité différe vant que l'affection reste limitée au ganglion ou a tendance hir une grande surface et à se généraliser. L'histologie n pas pour quelle raison tantôt la maladie reste localisée, ta prend, au contraire, une plus grande extension.

Dans une *deuxième variété*, c'est l'un des deux élément dents qui se développe outre mesure, on a alors le *lympho-* lympho-sarcome *dur* de Ranvier (à réseau large et épais) c'est l'élément conjonctif qui prédomine, lympho-sarcome *à grosses cellules* des Allemands, quand c'est l'élément cellul

Eu égard à la thérapeutique, il serait important de pou si on a affaire, en clinique, à un lymphadénome qui restera l ou à un lympho-sarcome susceptible de se généraliser. C là un point du diagnostic très-délicat et qu'il est impos préciser.

Quant à l'intervention chirurgicale, elle est jugée différe par les chirurgiens de notre époque. Ainsi M. Trélat n'est p vis que l'on touche à ces sortes de tumeurs, par la raison qu enlevé bon nombre et qu'il a observé des morts à la suite d ralisation. M. Verneuil, d'autre part, professe une opinion ment différente, et il croit qu'en intervenant de bonne heur jusqu'à un certain point, possible d'empêcher la généra c'est là du reste une question qui ne sera jugée que plus ta qu'un grand nombre de faits viendront plaider en faveur d ou de l'autre de ces méthodes thérapeutiques.

M. Duplay, en pareil cas, pense que, dans le doute, mieux agir et se régler suivant la situation et les rapports d meur, surtout quand on a affaire à une tumeur de la région dienne. Il opère quand la maladie reste limitée et ne sem avoir tendance à l'envahissement des parties voisines, parc a dans la science des exemples où l'ablation n'a pas été suivi néralisation.

La pommade à l'*iodure de potassium* et le *phosphore* à l'i ont été également conseillés pour les tumeurs de cette nat

g. ÉPITHÉLIOMA DE LA GLANDE PAROTIDE. — *Extirpation de la — se servir surtout des doigts.* — La complexité de structu parotide qui n'est pas un cancer vrai a été bien indiq M. Planteau (1). Le propre de ces tumeurs (2), c'est d'être

(1) Planteau, Th. inaug. Paris, 1876.
(2) Duplay, *Progrès médical*, 7 avril 1877.

s par des éléments complexes dont les uns sont nés aux dépens *éléments épithéliaux* glandulaires, dont les autres dérivent du conjonctif péri-acineux et péri-lobulaire à divers degrés de développement ou d'altération.

u point de vue clinique, ces tumeurs complexes se montrent s trois formes variables, eu égard à la marche et au pronos- — *ou bien* elles paraissent bénignes, *ou bien* elles revêtent allures d'une tumeur presque aussi maligne que le carcinome *ou bien*, après avoir revêtu pendant un temps plus ou moins g (10, 15, 20 ans) les caractères de bénignité du premier groupe, s semblent subir une modification brusque, parfois sous l'inence d'une contusion légère et devenir rapidement malignes. xistence de l'hémiplégie faciale précoce est d'un mauvais au-e, car elle indique non pas seulement une compression, mais envahissement du nerf par la production morbide : les tumeurs aignes de la parotide même très-volumineuses ne donnent généralement pas lieu à cette complication.

Il n'y a pas à compter sur l'influence d'une médication interne externe pour amener la résolution de ces tumeurs. On ne peut aser qu'à une chose, l'ablation de la tumeur. *Incision verticale* vant le grand diamètre de la masse et décrivant une légère arbe à convexité postérieure : dissection de la peau qui se rabat avant, de manière à mettre à découvert toute la masse morbide, irpation de la tumeur, en ayant soin de commencer par la parinférieure, en liant les vaisseaux à mesure qu'ils sont divisés, manière à ne pas les couper plusieurs fois dans le cours de l'oration. A mesure qu'il pénètre plus profondément dans le creux rotidien, M. Duplay a le soin de disséquer le plus possible avec s doigts. Dans cette opération la section du nerf facial est souvent évitable, et la présence de la carotide externe au fond de la région rotidienne peut être cause de complications graves. Il croit qu'il inutile d'en pratiquer la ligature : se borner à faire faire la comssion de la carotide primitive et avoir sous la main tout ce qu'il ut pour poser une ligature sur les deux bouts de l'artère carotide erne divisée.

7° AFFECTIONS DES YEUX.

. ECTROPION. — *Procédé de M. Richet.* — *Blépharorrhaphie.* — Duplay choisit, selon la variété à laquelle il a affaire : soit la méde française, dite *par glissement*, soit la méthode indienne, décement d'un lambeau autoplastique.

Méthode française. — Dans l'ectropion cicatriciel, suite de l[illegible]lure, par exemple, le procédé de W. Jones est souvent ineffic[illegible] parce qu'il ne peut pas exister une quantité suffisante d'étoffe p[illegible] relever la paupière et corriger la luxation plus ou moins compl[illegible] du cartilage tarse qui s'est produite.

Le procédé de M. Richet permet, dans certains cas, de redres[illegible] plus facilement la paupière basculée. Il consiste, par une doubl[illegible] incision sous-palpébrale, semi-lunaire et concentriq[illegible] à circonscrire un *lambeau* ou *pont* que l'on fait glis[illegible] en haut. Ce glissement laisse une surface cruentée q[illegible] le chirurgien prend soin de combler à l'aide d'[illegible] second lambeau de même forme ou *deuxième pont* p[illegible] plus bas et remonté également par glissement apr[illegible] l'avoir disséqué. Ces deux ponts, pour faciliter le[illegible] déploiement, peuvent être séparés en deux par une li[illegible] gne verticale, de façon à représenter, après les sutures, le dessin ci-contre (fig. 269) :

Fig. 269.

Quant à la *méthode indienne*, elle consiste à emprunter, si la perte de substance faite pour redresser la paupière est trop grande, un lambeau sur une région voisine, le plus souvent la région temporale, et à le faire pivoter autour d'un pédicule adhérent de manière à ce qu'il vienne combler cette perte de substance.

Dans ces opérations une précaution qui doit primer toutes les autres et sur laquelle Denonvilliers a insisté avec tant de raison, est de pratiquer la *blépharorrhaphie* ou suture des paupières, qui est de nature à contre-balancer le renversement ayant tendance à se produire après toute opération d'ectropion.

Pour pratiquer cette blépharorrhaphie, on avive le bord de chacune des paupières, mais on a le soin, dans ce temps, de ne faire cet avivement que sur le bord glandulaire et non sur le bord ciliaire : c'est avec des ciseaux courbes fins qu'on peut enlever le plus commodément une petite lanière étroite de ce bord libre.

Le chirurgien, pour éviter toute récidive, doit prendre à tâche de laisser cette suture palpébrable intacte pendant plusieurs mois, une année même ; puis, lorsqu'il juge que le tissu cicatriciel a perdu presque complétement ses propriétés rétractiles, de ne procéder que graduellement à la désunion des bords des deux paupières et de temps en temps par petits coups de ciseaux.

b. CATARACTE. — *Procédé de de Graefe.* — C'est le procédé de *de Graefe* (extraction linéaire périphérique avec iridectomie) qu'emploie le plus souvent M. Duplay ; — il opère, le malade étant cou-

…, se met en arrière pour l'œil droit en avant ou de côté pour l'œil …che : il ne se sert pas de blépharostat, mais des doigts d'un aide …r écarter les paupières ; pour fixer l'œil, il saisit la conjonctive

Fig. 270. — *Pince fixatrice de de Graefe.*

…ec la pince de Waldau analogue à celles de de Graefe et de …aviers (fig. 270, 271), qui permet de diriger le globe oculaire …n bas : le couteau de de Graefe étroit et pointu, et tenu le tran…hant vers la partie supérieure, est enfoncé dans la sclérotique à millimètre environ de la circonférence cornéenne et à 2 milli-

Fig. 271. — *Pince fixatrice de Daviers.*

…mètres au-dessous de la ligne horizontale tangente à la partie supé…rieure de cette membrane transparente. On fait cheminer ce couteau …dans la chambre antérieure, de façon à ce que sa pointe vienne res…sortir au point diamétralement opposé à son entrée ; quelques petits …mouvements de va-et-vient suffisent pour diviser la sclérotique.

La section de l'iris se pratique en deux temps de la manière sui…vante : une pince à iridectomie attirant cette membrane au dehors, la main d'un aide armée de petits ciseaux courbes sectionne la

Fig. 272. — *Curette d'écaille de de Graefe.*

…moitié du segment de l'iris qui est rendu saillant, le chirurgien …continue à tirer sur cet iris, et les ciseaux achèvent la section de ce …qui reste : pour faire sortir le cristallin, il emploie le kystitome droit …ou coudé, et, s'il est besoin, la curette en caoutchouc durci ou en …écaille de de Graefe (fig. 272). Pansement avec des rondelles de …charpie superposées sur chacun des yeux et légère compression avec …ne bande de flanelle.

S'il y a douleurs oculaires le soir, injections répétées sous-cutanées de chlorhydrate de morphine au niveau de la tempe.

c. PLAIE DE LA CORNÉE, HERNIE DE L'IRIS. — *Réduction de l'iris, atropine ou ésérine selon les cas, bandeau compressif, modérer les phénomènes inflammatoires.* — Le diagnostic de la hernie de l'iris est des plus simples, mais il n'en est pas de même de son pronostic (1). Dans les cas heureux sans doute la hernie de l'iris se réduit peu à peu, et la cornée se cicatrise, le malade en est quitte pour une altération plus ou moins grave de la vision ; il ne faut pas toutefois trop compter sur cette terminaison. M. Duplay estime que la guérison sans complication ne survient pas dans plus de la moitié des cas : ces accidents sont le *phlegmon oculaire* (ophthalmie, panophthalmie), l'*hypopion*, la *cataracte traumatique*, enfin l'iris et l'irido-choroïdite chroniques suivies de l'atrophie de l'œil et de la perte complète de la vision. On voit donc combien il est important de s'opposer dès le début à des accidents dont les suites sont si graves, et, comme la hernie de l'iris, dit M. Duplay, est la cause de tous ces acccidents, c'est contre elle que doivent se concentrer tout d'abord les efforts du chirurgien ; d'abord il n'est pas impossible, dans certains cas très-favorables et au premier moment, d'obtenir la réduction de cette hernie par de légères frictions à travers les paupières, soit en la repoussant plus directement à travers les lèvres de la plaie corticale au moyen d'un stylet ou d'une curette, *moyen plus puissant :* emploi de certains alcaloïdes agissant sur les fibres musculaires de l'iris : *atropine* attirant vers la périphérie la petite circonférence de l'iris en agissant sur les fibres radiées. Mais M. Duplay fait remarquer que, dans certains cas, il est plutôt nuisible qu'utile d'employer de l'*atropine* ou des mydriatiques. Ainsi, quand la hernie siége sur une partie de la membrane voisine de sa grande circonférence, on conçoit que la contraction des fibres radiées ne pourrait que faciliter la persistance de l'enclavement et n'aurait aucun effet pour dégager la partie herniée. Dans ce cas, employer l'*ésérine* qui a une action sur les fibres circulaires et tirer vers le centre la partie marginale de l'iris. — Les tentatives de réduction viennent-elles à échouer, exciser la portion herniée avec de fins ciseaux courbes : M. Duplay insiste tout particulièrement sur ce premier résultat à obtenir, *la réduction de l'iris.* et n'hésite pas à employer dans ce cas le chloroforme pour faciliter les manœuvres. — Une fois cette réduction obtenue, *bandeau* compressif pour hâter la cicatrisation de la cornée. Quand il est trop tard

(1) Duplay, *Progrès médical,* 3 février 1877.

ue l'inflammation est survenue, ne plus tenter de rentrer l'iris, lérer les symptômes inflammatoires par l'usage de mydriatiques. r dilater la pupille et produire une diminution dans la tension a-oculaire.

8° AFFECTIONS DES TENDONS.

UPTURE DES TENDONS. — *Anastomose des tendons.* — Dans un cas rupture sous-cutanée du tendon du long extenseur du pouce la main droite qui entravait singulièrement l'usage de ce doigt, Duplay, après avoir appliqué la bande d'Esmarch, si utile en eil cas, pratiqua une incision de 3 à 4 centimètres au niveau de la atière anatomique en suivant la direction du long extenseur pre du pouce. — Il constate la rupture, mais il *ne peut trouver le ut supérieur ;* il prolonge l'incision, découvre cette extrémité et connaît l'impossibilité de mettre en contact les extrémités du ten-, même en plaçant le pouce dans l'extension forcée : il fait alors travers le tendon du premier radial et en se rapprochant de son rtion inférieure au deuxième métacarpien une boutonnière dans uelle il engage l'extrémité du bout inférieur du tendon du long enseur. — Un point de suture métallique : réunion des lèvres de plaie cutanée, attelle plâtrée maintenant l'extension du pouce, nsement simple légèrement compressé avec la ouate. — La réu- on manque, et la suppuration est abondante. — Peu à peu la plaie cicatrise, et le pouce jouit, à peu de chose près, de ses mouve- ents normaux.

La même opération (1) a été pratiquée par M. Tillaux, et cette fois *ur une plaie* faite par une glace de voiture au tendon du long tenseur du pouce, et non pour une rupture, comme dans les cas M. Duplay.

1) Tillaux, *Bulletin de la Soc. de chirurgie*, 29 novembre 1876.

HOPITAL LARIBOISIÈRE

M. LE DOCTEUR PANAS (1)

1° AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES ET SYPHILIS (HOMME ET FEMME).

a. CYSTITE DU COL VÉSICAL. — *Pilules composées.* — Dans le cas de cystite se caractérisant par des douleurs assez vives au niveau de l'hypogastre, se propageant parfois jusqu'à l'extrémité de la verge et s'accompagnant de ténesme rectal et vésical avec recrudescences assez marquées, M. Panas emploie parfois, s'il n'existe surtout aucun phénomène inflammatoire aigu, les *injections balsamiques et narcotiques :* les injections ou irrigations d'*eau froide* ou plutôt d'*eau tiède* lui ont donné aussi de bons résultats, mais il s'est particulièrement bien trouvé de l'emploi de pilules mixtes, composées de *bromure de potassium*, de *sulfate de quinine* et d'*opium*, formulées de façon à faire prendre au malade 2 grammes du premier de ces médicaments par jour.

b. ORCHITE BLENNORRHAGIQUE. — *Expectation, émollients, mouchetures dans les cas douloureux.* — Le collodion (1) est extrêmement douloureux en applications sur le scrotum, et M. Panas le rejette absolument. Pour les orchites simples, il suffit de prescrire le repos au lit et des compresses émollientes; si la douleur est très-vive, il emploie, à l'exemple de Velpeau, les mouchetures, cinq ou six, pratiquées à l'aide de la lancette, et que l'on peut répéter même à plusieurs reprises suivant les indications. Elles agissent très-probablement en débridant la tunique vaginale et aussi en produisant l'écoulement d'une certaine quantité de sang. — Il emploie rarement les sangsues et évite surtout de les faire appliquer

(1) 1863, chirurgien du bureau central; — 1864, de l'hospice de Bicêtre; — 1865, de l'hôpital de Lourcine; — 1867, de l'hôpital du Midi et de l'hôpital Saint-Antoine; — 1868, de l'hôpital Saint-Louis; — 1872, de l'hôpital Lariboisière.

(2) Voir le service de M. le professeur Richet.

le scrotum : c'est sur le trajet du cordon qu'elles doivent être sées.

c. PHIMOSIS. — *Pince spéciale.* — Les pinces que ce chirurgien a aginées pour l'opération du phimosis et qu'il a présentées à la ciété de chirurgie le 23 octobre 1867, se composent d'une pre- ère *fixatrice* placée sur le prépuce, et d'une seconde fenêtrée ssant sous la première dans une direction oblique et parallèle à la se du gland : à l'aide d'une vis mobile à écrou et placée en haut, ramène les deux branches fenêtrées au parallélisme. Le gland se sse, et fuit en arrière comme un noyau entre les doigts. — La au et la muqueuse se trouvent excisées au même niveau. — Réu- on au moyen de serres-fines, après avoir eu soin d'arrêter tout oulement sanguin, pour avoir une réunion par première intention traduisant par une cicatrice linéaire dans les vingt-quatre heures i suivent l'opération. Il ne faut pas laisser les serres-fines plus quelques heures, afin d'éviter la formation de petites eschares rrespondant à chacun des points touchés par la serre-fine et, par ite, la suppuration qui en est la conséquence inévitable.

Si, au lieu de serres-fines pour la réunion, on veut recourir à la ture, M. Panas emploie une pince à deux fenêtres; après avoir ssé les points de suture au préalable par la fenêtre la plus rap- ochée et la racine de la verge, il fait courir le couteau dans la nêtre antérieure de la pince.

d. HYDROCÈLE VAGINALE. — *Emploi de la teinture d'iode.* — M. Panas (1) reconnaît le plus souvent comme déterminant l'hydrocèle induration épididymaire (épididymite essentielle subaiguë indo- ente) que l'on rencontre si fréquemment en pareil cas, et qui elle- même dépend d'un travail irritatif sourd des altérations du col de a vessie et de la prostate (âge de 40 à 50 ans). Comme fondant de 'induration épididymaire et testiculaire, on doit donc de pré- érence dans l'injection se servir de l'iode plutôt que du vin et de 'alcool, et même administrer à l'intérieur l'iode de potassium et ne indication alcaline.

e. KYSTE OVARIQUE. — *Trocart spécial.* — Le trocart imaginé par ce chirurgien a pour but d'empêcher la moindre goutte de liquide de s'épancher dans le péritoine. Il se compose (fig. 273) d'une ca- ule munie de quatre ailettes s'écartant en A sous l'influence d'un mouvement de la vis de rappel E; un curseur à plateau B glisse sur e canal et peut être fixé dans une position quelconque par la vis de

(1) Panas, *Arch. gén. de méd.*, janv. 1872.

pression D : quant au trocart, il est fixé sur un manche au
de la vis de pression F. Lorsque le trocart a été poussé dans le
on fait saillir les ailettes AA, afin qu'elles s'appliquent con
face interne du kyste, on fait descendre le plateau B jusq
qu'il soit appliqué sur les tégu
Il en résulte que la paroi du ky
serrée contre la paroi abdomin
qu'il ne peut s'échapper de l
dans la cavité péritonéale.

Fig. 273. — *Trocart de Panas.*

Dans une note lue à l'Académ
M. Panas dit qu'il existe par
kystes une classe à liquide spé
dont le traitement est des plus
ples : ce liquide est d'une diaph
parfaite (peu de matière pro
beaucoup de chlorure de sodi
un peu analogue à celui des
spermatiques de l'homme. — L
tement consiste simplement à e
la ponction, qui, sans injection
donne lieu à une guérison défi
il est donc bien plus facile qu
de l'hydrocèle qui exige l'empl
jections instantes.

M. Panas a également atti
tention sur la nature véritab
maligne de certains kystes ovariques qui ne semblent pas
sensiblement des autres variétés tout d'abord mais qui, opé
l'ovariotomie, récidivent et se généralisent dans les gangl
l'économie entière.

f. SYPHILIS. — *Frictions mercurielles.* — Selon M. Panas,
tions mercurielles constituent une des meilleures manières
nistrer le mercure. — Ce moyen est actif, puisqu'il est un
qui provoquent le plus rapidement la salivation : pour
cette dernière, il s'attache surtout, dès le commencement
tement, à l'état de la bouche du malade en faisant usage d
çon préventive de gargarismes astringents, un de ceux qui
particulièrement réussi est le suivant :

(1) Panas, *Nature et traitement de certains kystes de l'ovaire* (*Bull. d
méd.*, 10 mars 1875).

Poudre de quinquina Extrait de cachou	aa.....	15 grammes.
Tannin.....		2 —
Alun.....		1 —
Essence de menthe ou d'anis....		Q. S.

Panas pense que l'emploi des frictions mercurielles abrége lièrement le traitement de la syphilis dont les accidents ré- t moins à leur usage qu'aux autres modes d'application. — yen a le grand avantage de ne point fatiguer l'estomac, et, si eut employer le bi-iodure, c'est par l'administration de l'iode érieur et du mercure à l'extérieur, qu'on obtiendra le résultat sans accidents fâcheux pour le malade. — De plus, il est bien acile que pour toute autre préparation de doser le mercure en ns (de 4 à 6 grammes par jour d'onguent mercuriel double). es agissent contre les syphilis rebelles de préférence aux autres ns connus; enfin elles trouvent surtout leur application dans philis infantile; car, en ce cas, elles ne déterminent aucune tion.

VÉGÉTATIONS VULVAIRES. — *Excision, acide chromique, tannin, e adragante, poudre de sabine et d'alun.* — Ces végétations ne pas de nature syphilitique, elles sont surtout le résultat de ation produite par l'écoulement des liquides vaginaux; les fem- enceintes y sont bien plus sujettes : M. Panas rejette toute tion, dans ces conditions, par crainte de l'avortement : nous vu à Lariboisière M. Tillaux pratiquer l'excision suivie de risation à l'acide chromique, de végétations vulvaires énormes une jeune femme grosse de huit mois, qui réclamait absolu- l'intervention; l'avortement n'eut pas lieu, et la guérison fut plète.

Panas emploie l'excision avec les ciseaux (ébarbement), de pré- ce aux cautérisations qui lui paraissent produire plus volon- des indurations après l'excision; couvrir les surfaces cruentées un mélange de poudre d'amidon et de calomel ou d'oyxde de — Toutefois, ces moyens sont fort douloureux, et chez les es pusillanimes il fait usage aussi de badigeonnages avec un ge de tannin et de gomme adragante. Enfin il saupoudre, certains cas (1), les végétations du mélange escharotique sui- :

Poudre de sabine.....	4 grammes.
Poudre d'alun.....	16 —

(1) Voir le service de M. le Dr Al. Guérin.

qui produit la dessiccation de ces végétations quand elles
d'un petit volume.

h. PÉRINÉORRHAPHIE. — *Dédoublement de la paroi recto-vaginale*
Dans les cas de déchirure très-prononcée, M. Panas recommande
particulièrement le dédoublement de la cloison recto-vagi
comme un excellent procédé, en ayant soin de faire des incis
latérales très-profondes du côté des fesses pour favoriser l'affr
tement des surfaces. Il recommande également de ne point opé
trop tôt après l'accouchement attendre : de deux à quatre mois.

i. CATARRHE DU COL UTÉRIN. — *Douches utérines.* — Ce chirurgien
partisan dans certaines affections du col de l'utérus et, en particul

Fig. 274. — *Appareil à douches de Mayer (de Vienne).*

dans le cas d'engorgement, de catarrhe de ce col, etc. ; on pe
cet effet se servir de toute espèce d'irrigateur, mais cependant,

usage, la projection du liquide n'offre pas une intensitée suf-
te. L'appareil de Mayer (de Vienne) est certainement un des
leurs que l'on puisse employer (fig. 274). C'est une pompe fou-
e se fixant sur le bord d'une table (Gaujot et Spillmann). Le
flexible supérieur sert à l'aspiration du liquide, et celui qui est
rieur au corps de pompe est le conduit de transmission; — tige

g. 275. — *Appareil à air comprimé de Mathieu pour les douches internes.*

is servant à fixer l'appareil ; B, pompe foulante ; C, réservoir de cuivre ; D, ajutage con-
par un tube en caoutchouc ; E, canule.

iston munie d'une crémaillère s'engrénant dans une demi-
dentée à laquelle s'adapte un manche à levier qui, par la
sion de la main, fait monter et descendre le piston. L'appareil
athieu (fig. 275) à air comprimé nous paraît tout aussi commode,
simple et surtout moins cher, ce qui n'est pas à dédaigner :
pe foulante s'ajustant sur un réservoir de cuivre C. On modère
rce du jet par la rapidité plus ou moins grande des mouvements
imés au piston.

2° AFFECTIONS DU TUBE DIGESTIF.

a. RÉTRÉCISSEMENT DU RECTUM. — *Rectotomie par incision.* M. Panas n'emploie pas la dilatation qui est, en général, suppo difficilement par les malades et qui est le plus souvent ineffic

EE'E", tiges du dilatateur; — AA', branches du dilatateur; — G, articulation de la pièce centrale avec deux tiges reliant les branches du dilatateur.

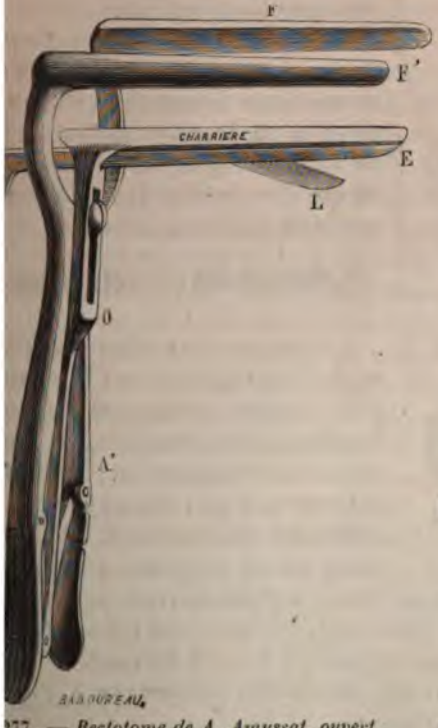
Fig. 276. — *Rectotome de A. Amussat, fermé.*

même lorsqu'elle a le bonheur d'être tolérée. — Il ne fait pas plus usage de la cautérisation ou de l'écrasement linéaire. donne la préférence à l'*incision* du rétrécissement et de la paro tale postérieure qui a fourni des succès entre les mains de Nél

A. Amussat a imaginé un rectotome ressemblant pour la f au dilatateur (fig. 276, 277, 278) de M. H. Larrey. A la tig férieure E est adaptée une gaîne creuse représentée isoléme N (fig. 278) dans laquelle joue un mandrin D muni d'une lame culée L : un pas de vis C fait sortir ou rentrer cette lame à vol M. Panas croit que la plupart du temps on peut se dispenser d

à cet instrument spécial : il se sert simplement d'un bis-
utonné conduit à plat sur le doigt in-
. — Il est rare qu'il pratique des débri-
multiples.

ULE STERCORALE. — *Entérotome modifié.*
'est qu'après avoir essayé, à diverses
et sans succès, l'entérotome de Du-
que M. Panas lui a fait subir certaines
ations par lesquelles cet instrument
s et *moins long* est manié avec beaucoup
facilité : chacune des branches (fig. 279)
introduite isolément dans l'intérieur



277. — *Rectotome de A. Amussat, ouvert.*

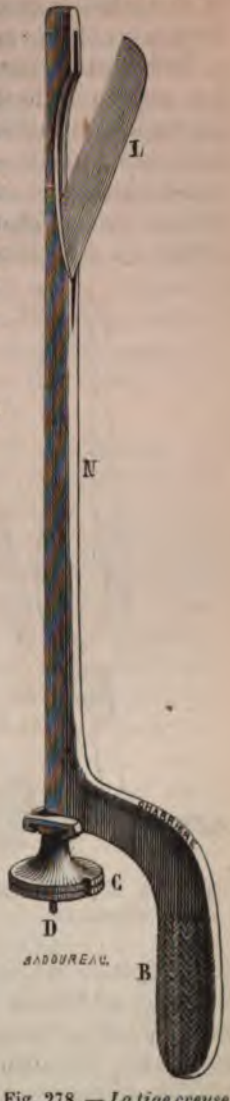


Fig. 278. — *La tige creuse et la lame du rectotome.*

rectotome. — N, tige creuse glissant dans la rainure de la branche E. — D, vis. — faisant abaisser ou élever la lame. — B, plaque destinée à faire mouvoir la tige N ainure E.

tule, et toutes les deux se réunissent aisément, grâce à une

articulation qui a quelque analogie avec celle du forceps anglais. — M. Panas insiste beaucoup sur la différence qui existe entre la fistule stercorale et l'anus contre nature proprement dit : selon lui, la fistule ne diffère pas seulement de ce dernier par l'étroitesse de son orifice, comme on le répète dans les livres classiques; mais bien par sa constitution anatomique : tandis que, dans l'anus contre nature, il existe une *véritable muqueuse* de nouvelle formation qui se continue avec la peau environnante comme le bord des lèvres, ce qui ne laisse presque aucune chance de guérison spontanée dans la fistule stercorale; au contraire, il n'existe qu'une *pseudo-muqueuse* tapissant toutes les parois du trajet anormal, conditions anatomo-pathologiques qui ont leur importance au point de vue du choix des méthodes thérapeutiques.

Fig. 279. — *Entérotome de Panas.*

c. CHUTE DU RECTUM. — *Cautérisation péri-anale.* — Recouvrir les parties d'une bonne couche de collodion, attendre qu'elle soit bien sèche, puis appliquer à la marge de l'anus et dans l'épaisseur même du derme cinq pointes de feu au moyen du cautère à pointe de platine.

3° AFFECTIONS DES OS ET DES ARTICULATIONS.

a. FRACTURE DE LA ROTULE. — *Plan incliné.* — Il laisse à découvert l'endroit fracturé et surveille le rapprochement des deux fragments. Il se contente, en général, de placer le membre sur un plan incliné dans l'extension la plus complète sans chercher à affronter ces fragments, à l'aide de bandages ou de courroies qui sont souvent mal supportés par les malades et n'empêchent pas toujours la formation d'un col fibreux. Ce dernier, du reste, n'est pas un obstacle bien nuisible à la locomotion ultérieure. Ce qu'il faut surtout éviter, c'est la roideur articulaire qui est souvent consécutive à l'immobilité trop longtemps prolongée.

b. LUXATION SCAPULO-HUMÉRALE (intra-coracoïdienne). — *Procédés de douceur, fixation de l'omoplate, moufles.* — Dans cette variété, la tête humérale est portée très-haut dans l'aisselle et ne peut être sentie, comme l'a bien dit Malgaigne, que si, au moment de l'ex-

loration axillaire, on exagère de l'autre main l'abduction du bras : est alors possible, dans cette situation, de toucher la tête; mais on ne peut pas introduire les doigts entre elle et la paroi thoracique : *on ne rencontre*, en un mot, *qu'un angle rentrant*.

M. Panas insiste particulièrement sur l'examen de la contractilité musculaire, afin de porter un pronostic exact sur les fonctions ultérieures du membre et de dégager la responsabilité du chirurgien aux manœuvres duquel on pourrait imputer les troubles consécutifs à la réduction. Il commence par examiner la *contractilité physiologique* de chacun des muscles de l'épaule (y a-t-il ou non paralysie du nerf circonflexe, du bras, de l'avant-bras ?) : dans ce dernier cas, il faut se méfier et bien distinguer la supination véritable qui est due à l'action des muscles de l'avant-bras lui-même, de celle qui peut être imprimée par le muscle biceps : vient ensuite l'exploration de la *contractilité électro-musculaire*.

Si, avant la réduction, les muscles se contractent à l'aide de l'électricité, on en déduit que cette contractilité n'est pas complétement abolie, ce qui vous permet de porter un pronostic plus favorable ; sinon, le pronostic est grave, car il y a tout lieu de croire que la paralysie persistera après la réduction. Sans établir, comme plusieurs ont voulu le faire, une différence bien tranchée de contractilité musculaire, suivant qu'on a affaire à la cause rhumatismale ou au traumatisme, M. Panas pense, dans ce dernier cas, que le plus ou moins de résistance des phénomènes de cette contractilité indique le degré de compression des nerfs. Les dissections pratiquées par ce chirurgien l'ont amené à bien établir que ce n'est que dans cette *variété intra-coracoïdienne* qu'il y a paralysie, et que cette dernière est due non pas à une compression du plexus entre la clavicule et la première côte, mais à celle du plexus par la tête humérale.

M. Panas commence toujours par essayer la *réduction* par des procédés de douceur, sans employer le chloroforme et en faisant la traction sur le coude et la contre-extension ordinaire. Un temps sur lequel il insiste tout spécialement est la *fixation de l'omoplate* au moment de la coaptation : on y parvient soit en faisant appuyer par un aide de haut en bas sur l'acromion, soit en appuyant soi-même avec la main gauche : on pourra trouver dans Hippocrate de curieux détails relatifs aux divers procédés mis en usage pour fixer le scapulum et le repousser en bas, tels que : appuyer l'épaule du patient sur le barreau d'une chaise, ou bien au moment de la coaptation, donner avec son front un coup sur l'acromion pour permettre à la tête de reprendre définitivement sa place.

Lorsque les moyens de douceur ont échoué, il fait usage des *mouffles avec le dynamomètre* de Charrière (fig. 280 et 281) et la *pince*

Fig. 280. — *Appareil de Ch. Sédillot pour la réduction des luxations à l'aide de la mouffle. Assemblage et disposition de toutes les pièces qui le composent.*

à échappement de Nélaton. C'est l'instrument, disent MM. Gaujot et Spillmann (1), le plus simple et le plus généralement adopté. Un

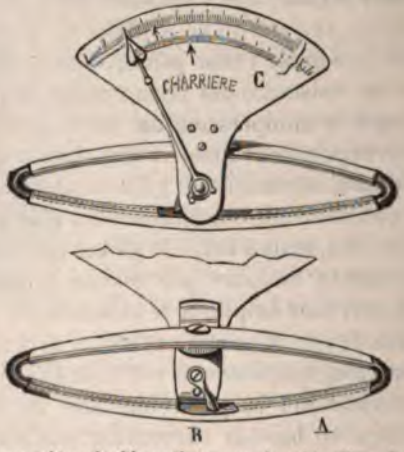


Fig. 281. — *Dynamomètre de Charrière pour la réduction des luxations à l'aide de la mouffle.*

tenon B, s'engageant (fig. 282) dans un double anneau percé dans la branche inférieure, maintient l'anse de corde A. L'autre extrémité

(1) *Arsenal de la Chirurgie contemporaine, description, mode d'emploi et appréciation des appareils et instruments.* Paris, 1867, tome I, p. 302.

= cette même branche donne attache au lien opposé. Il suffit de ~esser sur la branche supérieure qui supporte le tenon pour dé-ger celui-ci et ouvrir la pince.

La *contre-extension* se fait sur un point fixe à l'aide de cour-

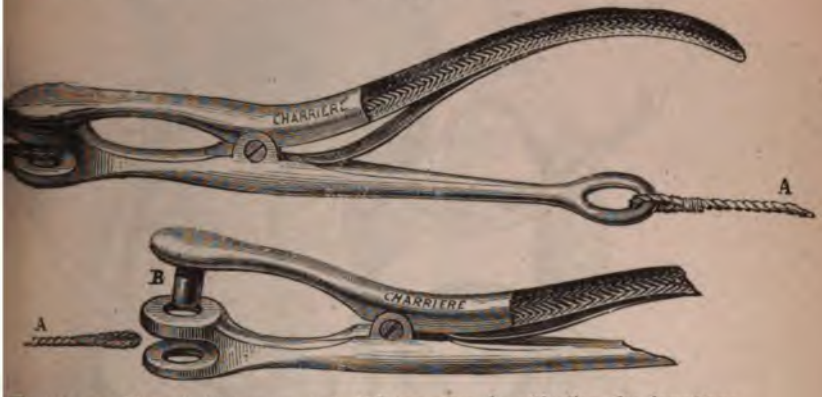


Fig. 282. — *Pince à échappement de Nélaton pour la réduction des luxations à l'aide de la mouffle.*

roies rembourrées. Elle doit porter sur le tronc ou sur les mem-bres par des surfaces larges, convenablement garnies d'ouate ou de tout autre remplissage afin d'éviter les froissements. L'*extension* est appliquée sur le membre luxé et s'exécute au moyen de brace-lets de cuir épais et solides matelassés et garnis de peau de chamois. Une bande de flanelle est d'abord enroulée autour du membre placé dans la position qu'il doit garder pendant toute l'opération. Ainsi l'avant-bras sera fléchi à angle droit, et les doloirs de la bande remon-teront jusqu'à l'aisselle, d'où l'on conduira un jet de bande au poi-gnet pour empêcher tout mouvement d'extension de l'avant-bras. Le bracelet sera mis au-dessus de l'épicondyle et de l'épitrochlée et fortement serré avec des cordes dont on enroulera les extrémités sur des bâtons arrondis, afin d'exercer une constriction plus éner-gique. Il doit être échancré en avant pour s'adapter à la saillie de l'avant-bras fléchi : latéralement il supporte deux anneaux d'acier auxquels se fixent des ∞ métalliques, destinés à recevoir une anse de corde se continuant avec le reste de l'appareil.

Nous avons vu, il y a cinq ans, dans son service, une femme de cinquante-neuf ans chez laquelle des tractions modérées suffirent à amener la réduction de la tête humérale : la malade fut envoyée au Vésinet et revint au bout de quelques jours avec un épanche-ment de sang énorme partant de l'aisselle, envahissant le bras et s'é-

tendant même jusqu'au bassin : il y avait eu anévrysme diffus p
rupture de l'artère axillaire; la *ligature de l'artère* fut pratiquée
dehors des scalènes, une eschare se forma, se détacha et laissa sor
une quantité énorme de caillots : la malade était alors en bon

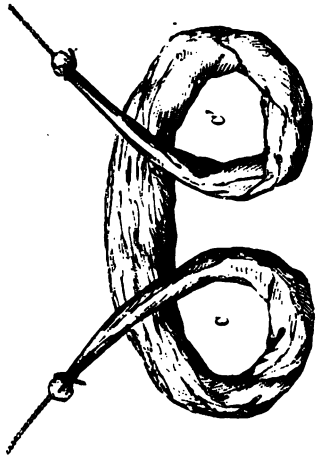


Fig. 283.

Alèze en cravate servant à faire la contre-extension bi-latérale dans l'appareil du Dr Hennequin modifié, en comprimant les racines des deux membres dans les anneaux formés par le contournement des chefs de l'alèze.

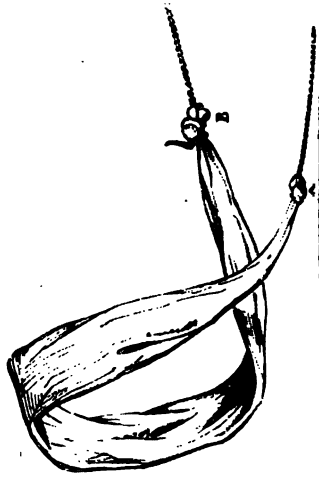


Fig. 284.

Serviette en cravate servant à faire la contre-*extension uni-latérale* dans l'appareil du Dr Hennequin modifié. — Elle comprend en haut la racine du membre, prend ses points d'appui sur l'ischion, le pubis et la crête iliaque et se trouve fixée à la tête du lit par une corde.

voie de guérison. Nélaton a pratiqué aussi la même opération, mais avec insuccès. A cette époque M. Panas relatait neuf cas de ce genre dans la science, dont deux guérisons.

c. FRACTURE DE LA CUISSE. — *Appareil à extension continue du Dr Hennequin.* — M. Panas donne la préférence à l'appareil de M. Hennequin que nous avons décrit dans le service de M. Désormeaux et que la figure 285 représente ici appliqué. La figure 286 représente l'appareil modifié dans lequel M. Hennequin (1) a ingénieusement remplacé les pelotes G, H, I par la simple serviette en cravate, lacs contre-extenseur ABV (fig. 284 et 286) et le bracelet et la molletière par la serviette E en 8 de chiffre dont l'anneau supérieur embrasse le tiers inférieur de la cuisse, et l'anneau inférieur la partie supérieure de la jambe.

(1) Hennequin, *De l'extension continue dans le traitement des fractures de cuisse*. 1 vol., 1877.

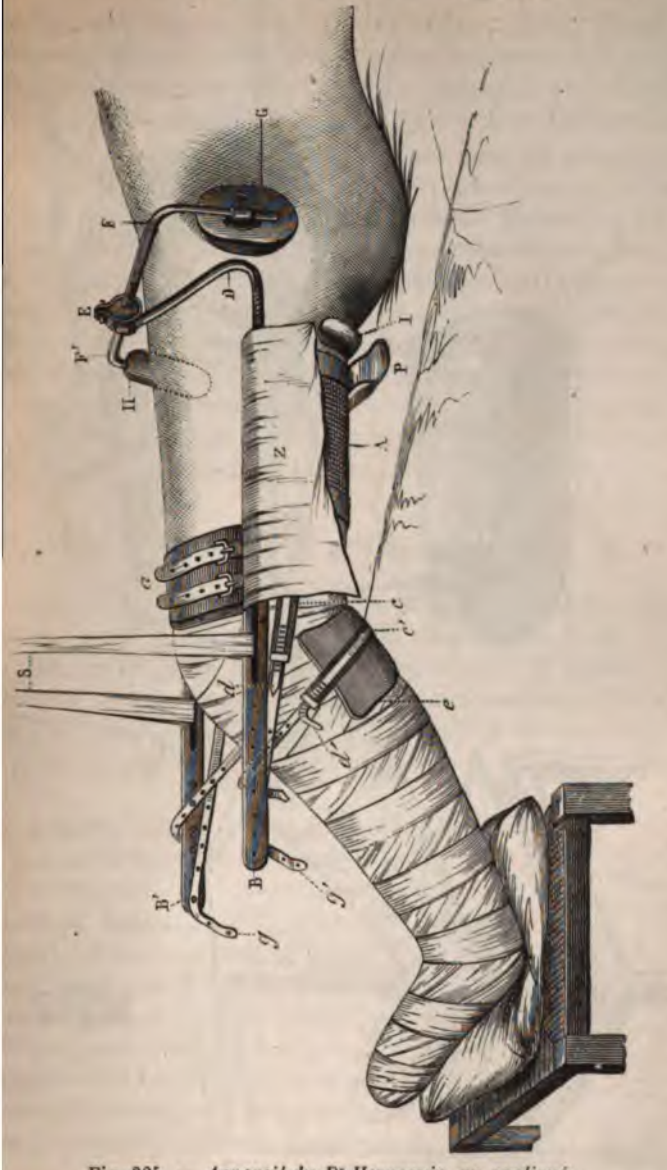


Fig. 285. — *Appareil du Dr Hennequin, vu appliqué.*

gouttière armée d'une tige coudée D. — D, tige coudée portant deux pelotes G et H. — lote externe (point d'appui de la contre-extension sur la fosse iliaque externe). — H, cous- boudin, interne (point d'appui de la contre-extension sur les branches horizontale et des- nte du pubis). — I, coussin en croissant, inférieur (point d'appui de la contre-extension schion). — *d*, bracelet (point d'appui de l'extension sur les condyles du fémur). — *e*, mol- à rigole (point d'appui de l'extension sur la face postérieure du mollet).

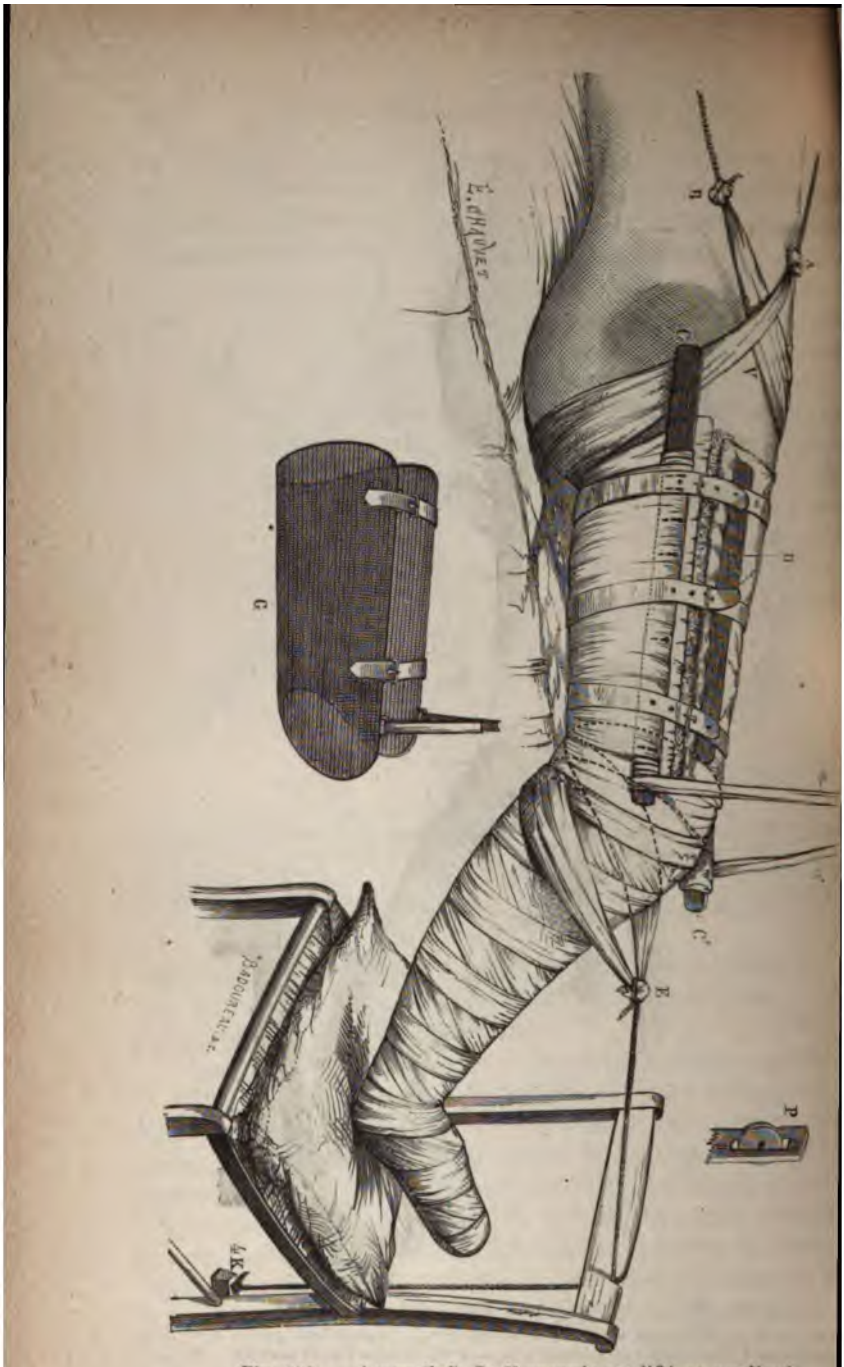


Fig. 286. — *Appareil du Dr Hennequin modifié, vu appliqué.*

C, C', attelles latérales sur lesquelles s'enroule un drap fanon formant gouttière. — D, antérieure maintenue comme les précédentes par trois lacs bouclés. — A, B, Lacs contre seurs en cravate dont les extrémités se croisent en V. — E, serviette en cravate et en 8 de dont l'anneau supérieur embrasse la cuisse et l'anneau inférieur la jambe en flexion a — 4K, poids faisant l'extension. — SS', bandes de suspension. — G, gouttière en fil de f vant remplacer la gouttière artificielle formée par le drap fanon et les attelles latéra P, poulie de réflexion pouvant se fixer au dossier d'une chaise.

ÉSARTICULATION TIBIO-TARSIENNE. — *Appareil de M. Rainal.* — ıreil simple et solide de M. Rainal, dont il s'est servi dans un cas ıté à la Société de chirurgie (1), se compose d'une mollelière ir moulé, lacée sur la jambe, et fixée à deux attelles latéra- acier qui s'articulent sur un étrier terminé par une se- Cette dernière, également en acier, est recouverte de liége ınt exactement la forme du pied. La forme du talon est évidée, on à pouvoir loger l'extrémité du moignon, lequel prend son d'appui sur un coussin dont la hauteur sert à suppléer au ırcissement du membre. — Les mouvements de flexion et nsion du pied artificiel sont obtenus au moyen de deux s élastiques se croisant sur le cou-de-pied, et embrassant à le bas de la jambe et le pied artificiel. Un ressort placé sur nelle au niveau de l'articulation métatarsienne maintient la e du pied légèrement relevée et facilite la marche.

4° AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX.

TÉTANOS. — *Traitement mixte.* — M. Panas a employé souvent loral par la voie digestive et à haute dose; mais il est loin de idérer ce médicament comme un spécifique; il aurait plutôt ance à faire usage d'un traitement mixte composé de *bains de ur*, d'*injections hypodermiques*, de *chlorhydrate de morphine* (10 à entigrammes par jour) et de *bromure de potassium* (8 grammes our).

NÉVRALGIE TRIFACIALE. — *Névrotomie intra-buccale du nerf buc-* — L'opération est indiquée pour les névralgies rebelles et datant ngues années. La bouche est tenue largement ouverte : l'*écarteur ioues* de Lüer (fig. 289) peut dans cette circonstance rendre ice. De plus, la bouche est bien éclairée à l'aide par exemple de *isse-langue* réflecteur de Ricord (fig. 287). L'index gauche est é au milieu du bord coronoïdien de la branche du maxillaire : atique parallèlement à son ongle une incision verticale de la ueuse de 2 centimètres et demi de long, commençant au milieu dernière molaire (2) supérieure jusqu'à l'inférieure correspon- : division des fibres du buccinateur, et, après avoir recherché

Panas, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1er mars 1876.
Panas, *De la section du nerf buccal par la bouche*, — *Règles opératoires à* — *Opération chez une femme.* — *Note lue à l'Académie de médecine*, séance déc. 1873. *Arch. gén. de méd.*, févr. 1874, I, p. 181, et *Union médicale*, 1874.

avec un petit crochet mousse (fig. 288) le nerf qui se dirig
rière en avant, le chirurgien en fait la section ou l'excision a
ciseaux courbes, sur le plat et à pointes mousses. Il suffit de
l'artériale qui l'accompagne pour arrêter l'hémorrhagie.

c. DÉLIRE ALCOOLIQUE. — *Chloral et morphine*. — Il emploi
coup le chloral dans le délire alcoolique, suite de traumati

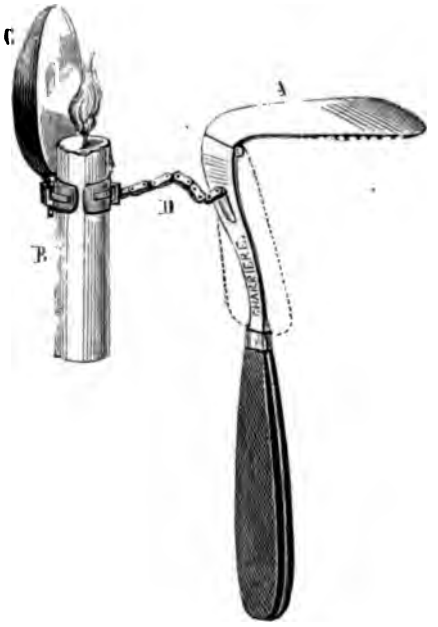


Fig. 287. — *Abaisse-langue articulé, avec réflecteur et porte-bougie ar*

3 à 6 grammes par jour). Le calme lui paraît se rétablir ave
tant plus de rapidité, qu'on joint à l'usage de ce médicament

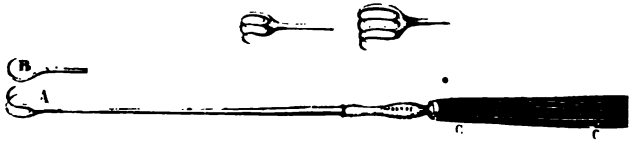


Fig. 288. — *Érigne mousse à une branche*.

les injections sous-cutanées de morphine à une dose bien plu
rée que dans le cas précédent (1 à 2 centigrammes de chlorh

. PARALYSIE DU NERF RADIAL (par compression). — *Courants élec-*
ues continus. — M. Panas (1) a insisté sur un mode particulier
paralysie partielle du nerf radial, par compression, produite fré-
mment dans une attitude habituelle pendant le sommeil ; cer-
es personnes, en effet, s'endormant en plaçant leur tête sur le
de fléchi à angle droit. Dans cette position, tout le poids de la tête
osant sur la face externe du bras, le coude et l'avant-bras étant
uyés par leur face interne sur un plan résistant (sol, table, etc.),
n résulte une compression du nerf radial dans le point où celui-
émergeant de la gouttière de torsion de l'humérus, devient su-
ficiel dans une étendue de 8 à 9 centimètres, placé entre le long

Fig. 289. — *Écarteur des joues de Lüer* (2).

pinateur et le premier radial externe d'une part et le brachial
érieur d'autre par. Le nerf, dans ce trajet, est sousaponévro-
ue, et singulièrement exposé à la compression, aussi M. Panas
ésite-t-il pas à rapporter certaines de ses paralysies uniquement
e mode de compression. — La durée de cette sorte de paralysie
variable, un ou deux mois en moyenne. Il emploie, pour la com-
tre, les frictions excitantes, les sinapismes, les vésicatoires, mais
t surtout à l'*électricité* (*courants continus* ou *interrompus*) qu'il
resse, car, dans ces cas, le muscle est intact, et la contractilité
ntaire du muscle peut être réveillée.
a paralysie des extenseurs des doigts abolit seulement l'extension

) Panas, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1871.
) *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1861. Cet instrument est destiné à faciliter l'ex-
tion de la partie interne des joues et de la bouche. Il est formé de deux
es :
manche et la partie buccale.
lle-ci affecte une forme demi-circulaire à bords renversés en forme de gorge
ulie, de manière à embrasser les bords et la commissure des lèvres, et à
carter sans violence. Ces organes se trouvent ainsi logés dans cette rainure.
artie buccale présente une circonférence assez grande pour écarter large-
les lèvres et permettre d'explorer l'intérieur de la bouche.

6° AFFECTIONS DES YEUX.

a. STAPHYLOME. — *Trépanation de la cornée.* — Pour diminuer la tension intra-oculaire qui est la cause de la saillie de la cicatrice cornéenne, M. Panas (1) a vainement employé la ponction, puis l'incision transversale de la cornée et même l'extraction du cristallin. Il préfère appliquer une *couronne de trépan*, sorte de trou pupillaire occupant la partie moyenne du staphylome et comprenant toute l'épaisseur du tissu cicatriciel et une portion de l'iris, en quelques jours la cicatrisation s'opère et la saillie cornéenne disparaît complétement.

b. CATARACTE. — *Kératotomie à petit lambeau périphérique.* — La kératotomie, devenue classique, de Daviel (grand lambeau périphérique) est une opération excellente en soi et qu'on n'aurait pas songé à abandonner si elle n'exposait trop souvent à la perte de l'œil par suppuration et panophthalmie. Ce sont les chirurgiens anglais et, en particulier, Travers qui cherchèrent à lui en substituer une autre connue, sous le nom de *kératotomie linéaire ;* vinrent ensuite la *kératotomie linéaire modifiée* de de Graefe, les procédés de Küchler, Notta, Liebreich, etc., qui exposent fort souvent à l'enclavement de l'iris : c'est pourquoi (2) M. Panas a abandonné les incisions, aussi bien les centrales que les paracentrales, pour se rapprocher de la kératotomie à petit lambeau périphérique, qu'il pratique de la manière suivante :

Le couteau de de Graefe (fig. 291) étant tenu horizontalement et le

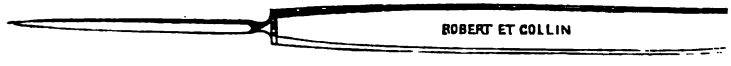


Fig. 291. — *Couteau de de Graefe.*

tranchant dirigé en haut, il pénètre avec la pointe, juste à la jonction de la portion transparente de la cornée avec le limbe scléro-cornéal. En ce moment, le couteau est dirigé obliquement, comme si l'on se proposait d'atteindre le centre de l'œil ; après quoi on traverse rapidement la chambre antérieure dans un plan parallèle à l'iris, et l'on pratique la contre-ponction sur le point correspondant,

(1) Panas, *Bull. de la Soc. de chir.*, janv. 1874.
(2) Panas, *Leçons cliniques sur la cataracte faites à Lariboisière* en 1876.

la jonction du bord transparent de la cornée avec le limbe.
ment de la contre-ponction, on prend soin de diriger la
du couteau en avant, en portant le plus possible le manche
trument en arrière. La ponction et la contre-ponction, ainsi
e trouvent situées aux deux extrémités d'une ligne parallèle
idien horizontal et dont elle reste distante de 1 millimètre.

Fig. 292. — *Pince-ciseaux pour saisir et exciser l'iris* (Meyer).

ée étant embrochée, on incise de bas en haut, d'abord du
la pointe, ensuite du côté du talon, en suivant exactement le
nsparent de cette membrane. Une fois le couteau avancé
illimètres et demi environ, on le tourne brusquement en
en haut, et l'on achève la section du lambeau en suivant,
ue possible, le plan d'un grand cercle de la sphère. L'inci-

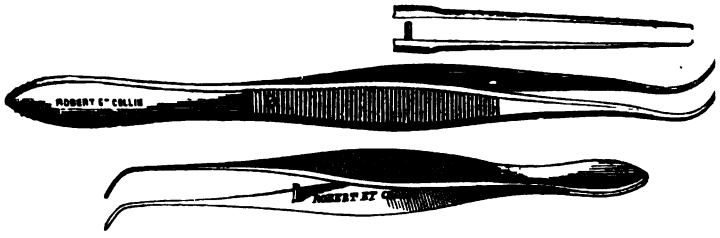


Fig. 293. — *Pinces à iridectomie.*

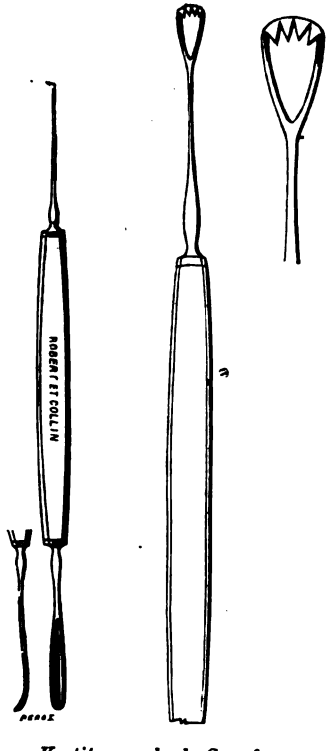


Fig. 294. — *Kystitomes de de Graefe et de Maurice Perrin.*

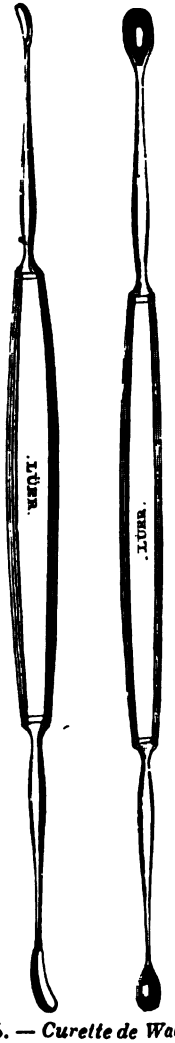


Fig. 295. — *Curette de Wald vue de face et de profil.*

n cornéale, ainsi tracée, représente un lambeau arrondi à sommet nqué dont la base mesure 6 millimètres, et la hauteur de 2 mil-ètres à 2 millimètres et demi au plus. Il se trouve éloigné du n de l'iris par deux extrémités d'un demi-millimètre à 1 milli-tre de chaque côté. Le sommet du lambeau s'écarte un peu plus l'iris. En ce point, il subsiste une espèce d'onglet cornéal de millimètre de hauteur qui protége à la fois l'iris et la zone de Zinn, st-à-dire la région véritablement dangereuse pour l'opérateur. Ce mode opératoire met à l'abri de l'hémorrhagie et de la perte l'humeur vitrée. — Il pratique aussi l'iridectomie, pour laquelle e sert de pinces courbes présentant à l'extrémité de l'une des nches une petite arête conique (fig. 293) reçue dans une mor-se creusée dans la branche opposée. Il ne fait pas usage des ces-ciseaux de Meyer (fig. 292). Emploi du kystitome de de aefe et de la curette de Waldau (fig. 294 et 295).

ssue facile du cristallin, coaptation parfaite des lèvres de l'incision, aut à peu près constant d'hémorrhagie intra-oculaire et du lapsus de l'humeur vitrée, tels sont les avantages de ce procédé e M. Panas emploie maintenant et depuis bientôt cinq ans jusqu'à clusion de tout autre, aussi bien pour les cataractes séniles et res que pour les cataractes molles.

ULCÈRES.

DES ULCÈRES (1). — *Traitement par les hypochlorites.* — M. Panas uve que pour les ulcères aucune médication (alcool, acide phé-que, etc.) ne peut être comparée au chlorure de chaux : dix ou inze jours de l'application de ce traitement suffisent pour rendre surface de l'ulcère très-belle, l'oxygène naissant qui se dégage de au chlorurée au contact des matières organiques rend compte ces bons effets. Solution à un tiers ou une demie d'eau : applica-n de plumasseaux de charpie trempée dans la solution.

1) Panas, *Du traitement des ulcères variqueux par l'application locale des ochlorites, en particulier de l'hypochlorite de chaux, et par l'épidermisation urnal de thérap.*, in-12, 1874).

M. LE DOCTEUR TILLAUX (1)

1° AFFECTIONS DE LA BOUCHE.

a. ABCÈS DE LA VOUTE PALATINE. — *Incision de bonne heure.* — Dans les cas de suppuration enkystée ou diffuse de la voûte palatine, on doit toujours craindre la possibilité d'une nécrose du squelette, parce que les artères palatines sont entièrement contenues dans la fibro-muqueuse de cette région et s'y ramifient avant de pénétrer dans les os. De là, indication à fendre ces collections purulentes le plus tôt possible pour éviter cette complication qui entraîne fatalement à sa suite la perforation de la voûte palatine.

b. PERFORATION DE LA VOUTE PALATINE. — *Uranoplastie ; méthode de M. Baizeau.* — Il préfère, pour les restaurations du palais buccal, la méthode en *double pont* de M. Baizeau qui consiste à sculpter dans la muqueuse de la voûte palatine deux lambeaux parallèles au

Fig. 296. — *Rugine de Fergusson.*

grand axe de la perforation qu'on laisse adhérer par leurs extrémités antérieure et postérieure et dont on détache la face supérieure à l'aide d'un corps mousse, la rugine de Fergusson, par exemple (fig. 296), de la partie correspondante du squelette : comme périoste et muqueuse adhèrent intimement dans cette région, on ne peut s'empêcher en quelque sorte de faire, malgré soi, une ostéoplastie, ce qui est du reste se placer dans les meilleures conditions de succès. Pour écarter toute espèce de chance de sphacèle, M. Tillaux dispose les deux grandes incisions latérales, de façon à bien comprendre, dans l'aire de chaque lambeau, l'artère palatine postérieure: les tissus, alors, loin de se gangréner, se gonflent et se boursouflent dans les premières vingt-quatre heures qui suivent l'opération, ce

(1) 1863, chirurgien du Bureau central. — 1865, hospice de Bicêtre. — 1867, hôpital Saint-Louis. — 1867, hôpital Saint-Antoine. — 1872, hôpital Lariboisière.

témoigne de leur grande vitalité. Le temps qui consiste à ser, puis à décoller la muqueuse et son périoste est assez dou- eux et fournit parfois une hémorrhagie assez abondante, puisque Legouest, dans deux cas, a été obligé de faire une application lace sur la voûte palatine pendant vingt-quatre heures.

n n'endort guère ordinairement les patients lorsqu'on pratique

297. — *Erignes montées sur une pièce à verrou.*

Fig. 298. — *Ténaculum fixe.*

opérations à la voûte palatine, à cause des dangers produits a pénétration du sang dans les voies aériennes. Voulant faire ficier un de ses opérés de l'anesthésie (1) (opération d'urano-

. Menzel, *Gazetta med. Italiana Lombardia*, 26 février, et *Revue de thérap. et chir.*, 15 juin 1876.

plastie), le Dr Arturo Menzel le plaça, après chloroformisation, dans la position suivante. Le malade étant couché sur le dos de manière que sa tête et son cou fussent hors de la table d'opération, un aide fut chargé de la maintenir fléchie en arrière pendant tout le temps de l'opération. De cette façon la voûte palatine était en bas, et le sang provenant de l'avivement *s'écoula par les narines*. Pendant l'opération qui dura trois quarts d'heure, il n'y eut aucun symptôme inquiétant du côté de la respiration et du pouls, mais la tête était tellement congestionnée que sa circonférence était augmentée de 1 centimètre.

c. GRENOUILLETTE. — *Excision.* — *Cautérisation.* — M. Tillaux excise la paroi du kyste après l'avoir attirée en l'embrochant soit avec un ténaculum, soit avec les petites érignes d'acier (fig. 296 et 297) imaginées par Charrière et disposées de manière à pouvoir glisser dans une rainure pratiquée sur les côtés des mors d'une pince à verrou. Cette dernière disposition est avantageuses en ce qu'elle permet de placer les érignes dans la trousse ordinaire sans en augmenter le volume. Il cautérise ensuite tout l'intérieur de la poche avec le crayon de nitrate d'argent, et répète les jours suivants cette cautérisation. Il n'a jamais observé à la suite de cette méthode mixte les accidents de suppuration sus-hyoïdienne que nous avons vus pourtant se produire, dans le service de M. E. Cruveilhier à Saint-Louis à la suite de l'emploi du même procédé, chez deux femmes dont la guérison, bien que ralentie, n'en a pas été moins radicale.

2° TUMEURS ÉRECTILES.

a. TUMEUR ÉRECTILE DE MOYENNE DIMENSION. — *Emploi du cautère actuel.* — C'est un stylet rougi au feu que M. Tillaux plonge en différents endroits et à plusieurs reprises, dans toute la circonférence de la tumeur : il convertit de cette manière la masse en tissu fibreux. En effet, les canaux produits par le passage du petit cautère actuel se transforment en autant de trajets fistuleux, autour desquels se fait un travail néoplasique qui a pour but la naissance de bourgeons charnus, et en fin de compte celle d'un tissu cicatriciel remplaçant la masse érectile et se rétractant de plus en plus. Un enfant de dix-sept jours, guéri par cette méthode d'une tumeur érectile de la nuque, vient d'être présenté par lui dernièrement à la Société de chirurgie.

b. TUMEUR ÉRECTILE D'UN GRAND VOLUME. — *Emploi de l'anse galvano-caustique.* — M. Tillaux vient d'employer chez une jeune fille

avec un plein succès l'anse galvano-caustique (1) pour enlever une tumeur érectile grosse comme une tête d'enfant, siégant au niveau du pli interfessier. Ce n'est pas en jetant l'anse de platine au niveau de la base de la tumeur qui était beaucoup trop large pour être susceptible d'une pédiculisation, qu'il a agi, mais en transperçant d'abord la masse avec de longues aiguilles, puis en la sectionnant peu à peu et lentement, tenant cette anse en forme de cerceau et en coupant le produit morbide de la même manière qu'avec un fil métallique les marchandes tranchent les mottes de beurre. Cette tumeur énorme qui saignait au moindre contact et avait déterminé une anémie profonde chez la malade a pu être enlevée en totalité sans hémorrhagie, grâce à ce précieux mode de diérèse. Une petite portion qui restait a été facilement détruite par l'application de la pâte de Canquoin.

3° AFFECTIONS DES OS ET DES ARTICULATIONS.

a. GENU-VALGUM. — *Méthode de Delore, redressement brusque en dedans instantané.* — M. Tillaux est peu partisan, pour redresser graduellement les genoux, des appareils compliqués et coûteux tels que celui de J. M. Guérin (fig. 299). Le redresseur de M. Hennequin agit certainement d'une façon plus efficace (fig. 300). Il se compose de deux tiges arquées C,C′ et articulées, taillées en biseau à leur face interne, recevant dans leur écartement deux pièces métalliques échancrées en sens contraire et un écrou à oreiller traversé par une tige taraudée portant une pelote concave à laquelle deux lanières sont fixées. L'écrou ne peut ni monter ni descendre, il ne peut qu'exécuter un mouvement de rotation sur son axe. Ce redressement agit donc par pression ou par traction au gré de l'opérateur. Ces appareils ne lui ont donné que des résultats peu avantageux. Tout en faisant certaines réserves, il préférerait la méthode de Delore que nous lui avons vu pratiquer sur plusieurs jeunes malades à Lariboisière, et cela avec de bons et quelquefois d'excellents résultats : des présentations de malades opérés de cette manière ont été faites par lui à la Société de chirurgie (2). Le procédé de Delore consiste à opérer le redressement brusque des genoux : il rompt probablement l'épiphyse ou les épiphyses des extrémités articulaires des os qui concourent à cette articulation : cette nature du traumatisme produit est encore chose bien obscure, mais les faits sont là et les succès obtenus par

(1) Voir le service de M. le Dr Labbé.
(2) Tillaux, *Bull. de la Société de chir.*, t. II, p. 559, 1876.

l'inventeur de cette méthode, par M. Tillaux et par d'autres, ne doivent pas la faire rejeter comme le veulent certains chirurgiens trop pessimistes. La manière dont M. Tillaux procède est un peu différente de celle de M. Dolore. Ce dernier chirurgien, après avoir chloroformisé (1), étend le membre contre un plan résistant sur son *bord externe* et le fait fixer par un aide. Puis, par des violences manuelles

Fig. 299. — *Appareil à inflexion de J. Guérin pour la déviation du genou en dedans.*

Fig. 300. — *Redresseur des cals difformes et des genoux cagneux du Dr Hennequin.*

rogressives et méthodiques, il presse sur le genou (côté interne) en s'aidant au besoin du poids de la poitrine : ces efforts sont continués pendant cinq, dix, vingt minutes, suivant la résistance, jusqu'à ce que l'on sente le membre céder, ce qui se fait avec des craquements qu'il est facile de percevoir et d'entendre : pour maintenir le redressement, il suffit d'un bandage amidonné appliqué que l'on remplace au bout d'un mois par des tuteurs rigides qui doivent être laissés en place pendant trois ou quatre mois. M. Delore a pratiqué environ trois cent cinquante fois ce redressement sans avoir jamais eu, dit-il, d'accidents. Il ne la pratique que sur des sujets

(1) Delore, *Bull. de la Société de chirurg.*, fév. 1874.

'ont pas dépassé quinze ou seize ans. Il l'a cependant fait sur
rçon de vingt ans qui fut si bien guéri qu'il a servi comme
le dans la dernière guerre.

Tillaux appuie, au contraire, le membre sur la partie saillante,
à-dire sur son bord interne, et agit, dans ce redressement, en
vant surtout de la jambe comme levier : il applique ensuite
ppareil silicaté en plaçant le membre entre des attelles ap-
ıt sur des tampons de ouate qui font poulies de renvoi pour
oser à la déviation du membre. Un jeune boucher sur lequel il
iqué ainsi le redressement des deux membres est un de ses plus
t succès.

NÉCROSE DU CALCANÉUM. — *Évidement.* — C'est dans le cas
action de séquestre et d'évidement des os, que le procédé hé-
ıtique d'Esmarch est le plus efficace, car il permet de bien se
e compte de la lésion osseuse et de la traiter en conséquence,
être gêné par le sang qui afflue sans cesse dans la plaie
l on ne l'emploie pas. — Incision cruciale, évidement de la
xterne du calcanéum.

RACTURES SIMPLES. — *Inamovibilité.* — M. Tillaux emploie, tant
le membre supérieur que pour l'inférieur, de longues bandes
rlatane repliées et trempées dans le plâtre et maintenues ap-
ées par une bande sèche provisoire sur le membre, sans in-
sition d'ouate, dont elles prennent la conformation en s'op-
ıt au déplacement ultérieur des fragments osseux. Pour la
e, une de ces longues bandes plâtrées se dispose en étrier, puis
ıpplique de chaque côté en attelle latérale.

RACTURE DE LA CUISSE COMPLIQUÉE DE PLAIE. — Partie inférieure.
nputation ; torsion des artères. — S'il y a plaie de la région
tée où les condyles fémoraux font issue, fracture en sac de noix
ondylienne, déchirure de la veine poplitée (1) et lésion pro-
de l'artère, insensibilité commençante de la jambe, la conser-
n n'est plus possible et l'amputation formellement indiquée : si à
insensibilité viennent se joindre le refroidissement et une colo-
n qui annonce que la gangrène est bien près de se faire, M. Til-
n'emploie pas comme moyen hémostatique, avant l'opération,
thode d'Esmarch, de crainte de refouler dans le torrent circula-
du sang altéré et où se sont peut-être déjà développés des gaz.
st le procédé circulaire que choisit M. Tillaux en le prati-

Nous avons observé, il y a trois ans, un cas semblable bien curieux dans
rvice sur un gamin des rues, qui, en montant derrière une voiture en marche,
u le membre inférieur pris entre deux rayons d'une des roues de la voiture.

quant le plus bas possible. Comme moyen hémostatique, après l'opération il a toujours recours à la *torsion des artères*, grosses ou petites. — Pour pratiquer cette torsion (1), il commence par isoler chaque lumière de section et saisit le vaisseau au-dessus de cette lumière, obliquement avec les mors d'une pince spéciale très-solide à écrou un peu analogue (fig. 301) à la pince à artères connue de tous, mais plus grande, à mors plus plats, et terminée par une palette horizontale formant le T; puis, sans fixer le vaisseau avec d'autres pinces à baguettes au-dessus de ce point, comme le faisait Amussat (fig. 302) et les autres chirurgiens qui ont préconisé cette méthode hémostatique, il saisit la pince par la palette et la tourne jusqu'à ce que le tourillon artériel se détache et tombe avec l'instrument. Il faut en moyenne de vingt-cinq à quarante tours pour une grosse artère comme la fémorale. Cette torsion, d'après les expériences de M. Tillaux, *est toujours limitée à l'extrémité de l'artère* et ne se prolonge pas plus haut le long du trajet du vaisseau, comme on pourrait le craindre, si on s'en tient au raisonnement et qu'on n'a pas recours à l'expérimentation. Le tourillon qui reste au bout de l'artère est si résistant, que des injections (2) poussées avec force dans cette dernière la rompent plutôt dans un des points de sa paroi

Fig. 301. — *Pince à verrou se démontant.*

Fig. 302. — *Pinces d'Amussat.*

qu'au niveau de la partie tordue. Au sixième tour, on sent un craquement dû à la rupture de la tunique moyenne; quant à la tunique externe, elle se trouve effilée comme un tube de verre à la

(1) Louis Magon, *De la torsion des Artères.* Th. inaug. Paris, 1875.
(2) Tillaux, *Expériences faites à Clamart*, 1872.

npe d'émailleur. Nous avons pu voir, à l'autopsie d'un amputé ez lequel cette torsion avait été appliquée sur la fémorale, un illot formé dans le godet terminal situé au-dessus du tourillon tériel, malgré la présence d'une petite collatérale venant s'ouvrir esque à l'extrémité du vaisseau tordu.

e. ANKYLOSE COXO-FÉMORALE VICIEUSE. — *Fracture artificielle ou chi-*

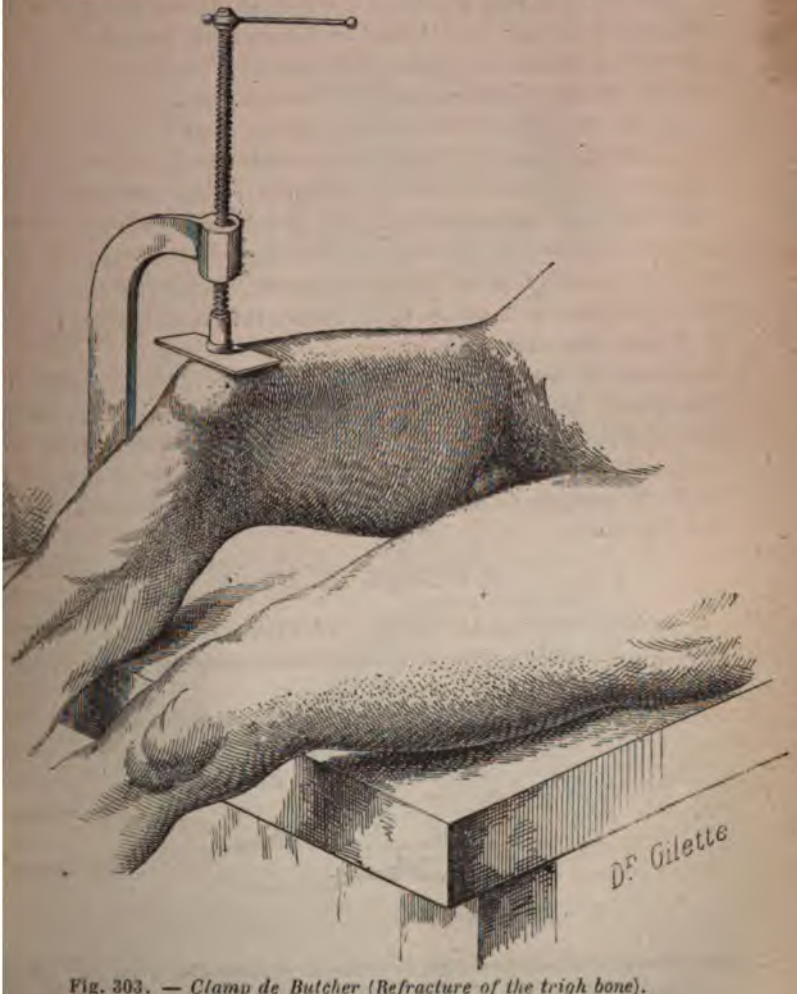


Fig. 303. — *Clamp de Butcher (Refracture of the trigh bone).*

rgicale du col du fémur. — M. Tillaux a pratiqué, et avec succès, cette ération chez une jeune femme de vingt-huit ans à Lariboisière

présentant une flexion prononcée de la cuisse gauche sur le bassin, la cuisse étant également portée dans l'abduction forcée. Il préfère cette rupture osseuse sous-cutanée à l'ostéotomie du col fémoral. Après anesthésie, M. Tillaux se mit à droite de la malade, et chercha, tout en appuyant sur la partie inférieure du fémur pour étendre la cuisse, à repousser cette dernière en dehors : après avoir fait des pesées énergiques et comme il n'arrivait pas au résultat désiré, il se plaça à gauche, c'est-à-dire en dehors de la malade, et, saisissant vigoureusement la jambe et le genou, il imprima à ce membre tout entier un mouvement d'abduction brusque en l'attirant à lui. — On put entendre un *craquement sec* et unique, bien réellement osseux et instantanément : la cuisse gauche reprit alors sa position normale parallèle à sa congénère. — Appareil inamovible ouaté et silicaté, entourant également le bassin et conservé en place soixante-six jours sans aucun accident. Rectitude normale et consolidation complète à la levée de l'appareil ; raccourcissement d'un centimètre demi et à peine. Cette femme fut présentée à la Société de chirurgie en avril 1875.

On pourrait employer, pour pratiquer cette fracture artificielle, le clamp de Butcher que nous avons dessiné dans notre clinique chirurgicale (1) et dont nous avons donné la description, mais nous croyons toutefois qu'il est préférable et plus prudent, comme l'a fait M. Tillaux, de ne tenter tout d'abord que le redressement manuel (fig. 303).

4° AFFECTIONS DES OREILLES.

a. CATHÉTÉRISME DE LA TROMPE D'EUSTACHE. — *Engouement de la caisse. — Épanchement de sang dans l'oreille moyenne.* — M. Tillaux

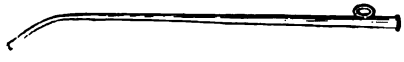


Fig. 304. — *Sonde d'Itard.*

Fig. 305. — *Fixateur de Bonnafont.*

pratique le cathétérisme de la trompe d'Eustache avec une sonde d'argent (modèle de M. Bonnafont), mais n'emploie pas le fixateur de ce chirurgien (fig. 305) qui est une pince saisissant tout à la

(1) Gillette, *Clinique chir. des hôpitaux de Paris*, p. 257, 1877.

bois la sonde et le nez. — La courbure de cette sonde diffère de celle de la sonde d'Itard (fig. 304) en ce qu'elle est de près de 31°, ce qui permet au bec de l'instrument de pénétrer plus avant, de 1 centimètre environ, dans la trompe, la sonde d'Itard laissant échapper dans le pharynx la plus grande partie de l'air qui est insufflé.

Dans le mécanisme de ce cathétérisme, ce chirurgien insiste tout

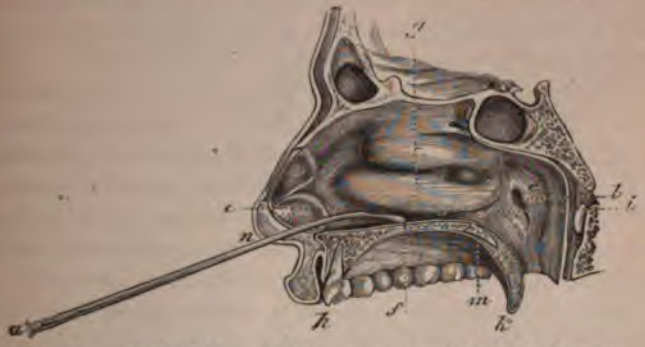


Fig. 306. — *Cathétérisme de la trompe : introduction de la sonde.*

a, sonde ; *b*, orifice pharyngien de la trompe ; *e,l*, méat inférieur des fosses nasales ; *f*, plancher des fosses nasales ; *g*, cornet inférieur ; *h*, dents incisives ; *k*, voile du palais ; *n*, lobule du nez (Bonnafont, *Traité des maladies de l'oreille et des organes de l'audition*, 2e éd., 1873).

Fig. 307. — *Cathétérisme de la trompe : relèvement de la sonde.*

A, sonde ; B, orifice pharyngien de la trompe ; relief du pavillon ; C, lacunes laissées par la muqueuse, où la sonde vient souvent s'engager après avoir décrit son mouvement de rotation pendant qu'on ramène l'instrument d'arrière en avant vers le pavillon plus ou moins saillant de la trompe ; E, orifice antérieur de la narine ; H, rebord dentaire : incisives supérieures ; K, base de la luette : voile du palais ; M, orifice postérieur des fosses nasales (Bonnafont).

particulièrement sur la nécessité de faire suivre exactement au bec de la sonde, tourné en bas, la face supérieure de la voûte palatine

(fig. 306 et 307) pour éviter de l'engager dans le méat moyen; il l'enfonce doucement jusqu'à ce qu'il rencontre la face postérieure du pharynx (premier point de repère), et, retirant peu à peu l'instrument, il lui fait décrire successivement un arc de cercle en dehors: le bec qui a évité la fossette de Rosenmüller (située tout près de la paroi pharyngienne postérieure et derrière le pavillon), le bec, dis-je, rencontre une inégalité formée par le bord postérieur de ce dernier et sur lequel il glisse pour s'engager, en quelque sorte de lui-même, dans la cavité de la trompe.

Le cathétérisme, pratiqué avec la sonde d'argent, ne suffisant pas souvent à soulager le malade, on introduit dans la trompe, et en se servant toujours de l'algalie, une petite *bougie en baleine semi-rigide*, et, afin de ne point dépasser 3 ou 4 centimètres (longueur approximative de ce conduit), on a soin de placer, sur la portion de la tige de baleine restée à l'extérieur, deux petits curseurs en fil indiquant la profondeur à laquelle pénètre l'instrument.

On peut, à cet effet, se servir de la sonde élastique à mandrin de Deleau (fig. 308) ou, comme le veut M. Bonnafont, de bougies

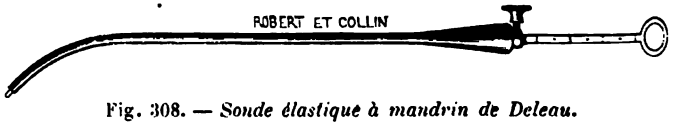


Fig. 308. — *Sonde élastique à mandrin de Deleau.*

graduées et filiformes de dimensions différentes (épaisseur depuis 1/2 jusqu'à 1 millimètre 1/2) : les bougies sont également graduées au point de vue de la consistance qui varie depuis la souplesse la plus grande jusqu'à une résistance très-notable.

Cette bougie est laissée en place pendant trois quarts d'heure : deux jours après on recommence le même cathétérisme en laissant la bougie le même laps de temps, puis on le renouvelle autant qu'on le juge à propos.

Toynbee fait usage pour l'exploration de la trompe d'Eustache d'un appareil dénommé par lui *otoscope* et qui est composé (fig. 309) d'un tube élastique de 50 centimètres dont chaque extrémité se termine par un petit embout d'ivoire ou d'ébène. L'une des extrémités se place dans l'oreille du malade, l'autre dans l'oreille du médecin. La trompe d'Eustache est-elle libre, le médecin entendra distinctement un bruit de claquement, quand le malade fait une forte expiration après avoir pris la précaution de fermer la bouche et les narines (méthode de Valsalva). Afin d'établir un diagnostic

e plus précis, Toynbee introduit un cathéter dans la trompe

ig. 309. — *Otoscope indirect de Toynbee pour l'exploration de la trompe d'Eustache et de l'oreille moyenne.*

0. — *Otoscope direct de Toynbee pour l'exploration de la trompe d'Eustache et de l'oreille moyenne.*

stache et ajuste sur le pavillon du cathéter (fig. 310) l'extrémité tube élastique également de 50 centimètres : ce tube est ter-

miné par un entonnoir qui permet au médecin de souffler doucement un peu d'air dans l'oreille moyenne : cet air projeté détermine des phénomènes acoustiques perçus parfaitement par l'opérateur qui fait en même temps usage du tube élastique précédent placé dans son oreille et dans celle du patient.

b. OTITE SÈCHE. — *Tubes coudés terminés par un tamis*. — Chez certaines personnes qui présentent une otite peu douloureuse et avec conservation des osselets, mais avec un état de sécheresse et d'épaississement plus ou moins prononcé de la membrane du tympan, *sclérose*, M. Tillaux a parfois observé une conformation vicieuse du conduit auditif externe qui explique jusqu'à un certain point les altérations pathologiques qui en sont la conséquence ; chez elles le conduit, au lieu d'être *courbe*, est *rectiligne*, de sorte que l'air et l'humidité, qui l'accompagnent, arrivent directement au fond et agissent d'une façon nuisible sur la membrane du tympan ; aussi a-t-il fait construire de petits tubes destinés à rendre provisoirement au conduit auditif externe la courbure qui lui fait défaut. Chacun de ces *tubes métalliques* est terminé à son extrémité profonde par un *tamis* (toile métallique) percé d'une multitude de trous destinés à filtrer en quelque sorte l'air qui va porter les ondes sonores sur la membrane du tympan.

c. DESTRUCTION DE LA MEMBRANE DU TYMPAN. — *Tympan artificiel*. — Nous avons vu M. Tillaux employer, chez une jeune institutrice dont le tympan était détruit presque en totalité, le tympan artificiel de Toynbee représenté par un petit disque de caoutchouc vulcanisé très-mince qu'une tige filiforme d'argent permet d'introduire au fond du conduit auditif externe.

Au moment où le disque a été enfoncé nous avons pu nous rendre parfaitement compte que le tictac de la montre était perçu à une certaine distance, ce qui n'avait pas lieu auparavant. — Quoi qu'il en soit, nous croyons qu'un semblable moyen ne saurait être répété souvent sans déterminer une irritation qui peut à un moment être très-nuisible au malade ; aussi nous ne croyons pas devoir le recommander, et nous préférons avoir simplement recours, en pareil cas, au moyen préconisé par Tood, Yearsley, Turnbull, Warkley, Bonnafont (1), c'est-à-dire à la *boulette de coton* imbibée de glycérine, mais sans l'enfoncer trop profondément dans le conduit externe.

M. G. Field, chirurgien-auriste à l'hôpital Sainte-Marie (2), a ima-

(1) Bonnafont, *Traité pratique des maladies de l'oreille*. 2e édition, 1873.
(2) G. Field, *The British medical Journal*, 19 juin 1875.

nouvelle variété de tympan artificiel qui n'est en quelque une modification de celui de Toynbee. Dans cet instrument le ique F, qui sert de manche (fig. 311), se prolonge d'un quart au delà du disque en caoutchouc C et vient se terminer à

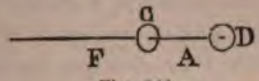


Fig. 311.

ème disque D fait avec de la flanelle : l'intervalle A, compris deux disques, est rempli de coton pouvant, comme absor- mmuniquer à la flanelle les diverses solutions médicamen- u'il est utile d'appliquer à sa surface. Voici, au dire de ur lui-même, les principaux avantages que présente ce tympan artificiel :

nt mou, il n'irrite pas la membrane tympanique et ne peut r;

r l'intermédiaire du coton, divers principes médicamen- odificateurs peuvent être appliqués avec avantage sur le

l'employant, on évite de laisser un disque en caoutchouc ct direct avec la membrane ;

maintenant la région bien propre, il met cette membrane

Fig. 312. — *Tympan artificiel de Triquet.*

reil seul, petit tube d'argent garni d'une baudruche à son extrémité externe ou l'appareil en place ; O, le petit fil destiné à le retirer caché dans la rainure de l'hélix.

meilleures conditions pour permettre à la perforation de riser ;

5° Il est d'un usage facile et ne nécessite, pour être enlevé, l'usage d'aucune pince.

Triquet, d'autre part, a fait fabriquer par Lüer un tympan artificiel composé d'un tube d'argent A (fig. 312) garni d'une baudruche à son extémité externe ou évasée. B représente l'appareil en place, D figure un fil caché dans l'hélix destiné à retirer le tympan artificiel. — Mais, je le répète, il est rare que ces petits appareils soient facilement supportés par les malades.

d. MYRINGODECTOMIE (ponction du tympan). — *Pénétrer au-dessous de l'ombilic et en avant du manche du marteau.* — Ce chirurgien pratique souvent la perforation chirurgicale de la membrane du tympan, soit dans un but analogue à celui qu'on cherche à atteindre pour l'œil en faisant l'iridectomie optique, ainsi que dans les cas d'épaississement du tympan, soit à l'effet, comme pour l'œil encore, de diminuer la tension de la caisse du tympan et de donner issue aux liquides séreux, sanguin ou purulent.

Pour faire cette ponction, il emploie tantôt un trépan, tantôt un petit instrument analogue à la pique fixatrice de Pamard (1), composée d'une lame pointue, d'une longueur de 4 millimètres, munie d'une arête ou talon destiné à empêcher cette lame de pénétrer plus avant, le manche servant à manœuvrer l'instrument. — Dans cette délicate opération (2), on doit connaître le point où on enfoncera la lame et ne pas agir au hasard, car on s'exposerait à blesser certains organes (articulation du manche du marteau, corde du tympan) qu'on a tout intérêt à éviter. — M. Bonnafont conseille de pratiquer cette ponction à la *partie postéro-inférieure* de la chambre où se trouve un espace assez grand pour y produire une large ouverture sans crainte : M. Tillaux choisit, comme lieu d'élection, le point qui est au-dessous de l'ombilic et en avant du manche du marteau.

Le perforateur de Fabrizj (fig. 313) agit instantanément, et c'est

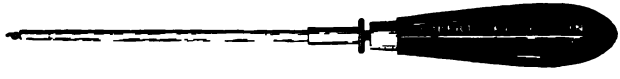


Fig. 313. — *Perforateur de Fabrizj* (3).

là un avantage, mais il est compliqué, et sa manœuvre en est difficile ; — celui de Deleau (canule, tige évidée en tire-bouchon) (fig. 314)

(1) Voir même service, *Affection des yeux.*

(2) J. Bodin, *De la perforation artificielle du tympan*, Th. inaug. Paris, 7 janv. 1875.

(3) Fabrizj, *Annali universali di medicina.* Milano, 1830.

rse la membrane comme un tire-bouchon (1), alors un ressort

Fig. 314. — *Perforateur de Deleau.*

315. — *Perforateur de Bonnafont.*
anche et instrument com-
b, canule perforatrice ; *c*,
ité de la tige avec le pas
terminal.

Fig. 316. — *Perforateur du tympan de Bonnafont.*

Fig. 1. — A, canule munie d'une bague d'arrêt, C, et d'un coulant, B, conducteur des ailettes.
Fig. 2. — Canule en place, les ailettes, C, déployées derrière le tympan, assujetties par la bague d'arrêt, D. — B, coulant conducteur des ailettes, joint à la canule A.

Vidal (de Cassis), *Traité de path. ext.*, 3e édition. Paris, 1861, t. II, p. 703.

qui se détend ramène avec force le disque tranchant contre la canule et découpe ainsi un disque de la membrane : il n'agit pas instantanément comme le précédent. — Dans le premier instrument de Bonnafont (fig. 315), c'est une spirale à pointe acérée qui enlève une portion du tympan par un mouvement de la canule : ce chirurgien fait usage aussi, pour empêcher la cicatrisation de l'ouverture, de canules d'argent à ailerons (fig. 317) et d'un scarificateur à trois lames (fig. 318) pour inciser l'ouverture quand elle tend à se cicatriser. Le second instrument de M. Bonnafont (fig. 316) est un trocart coudé dont la canule, de 3 centimètres de long et de 3 millimètres de diamètre, traverse la membrane avec la pointe de l'instrument. Cette canule est garnie d'une rondelle limitant la pénétration ; — le premier temps exécuté, on pousse avec l'ongle du pouce le coulant jusqu'au niveau de la canule, et on retire en même temps le trocart; cette pression fait saillir les deux ailettes (n° 2) dans l'intérieur de la caisse, lesquelles s'appliquant contre la surface interne du tympan maintiennent la canule, pendant que la bague d'arrêt, D (n° 2), s'appuyant sur la surface externe, l'empêche d'avancer.

Fig. 317. — *Canule dilatatrice de Bonnafont.*

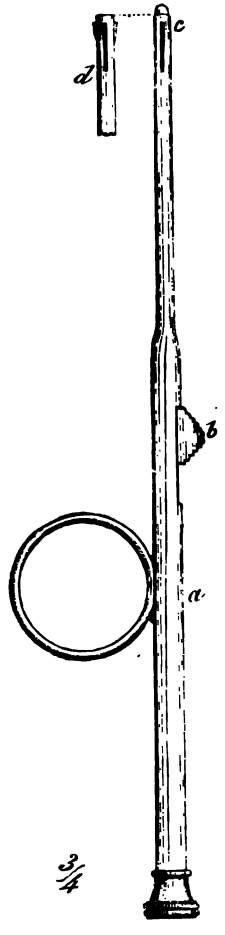


Fig. 318. — *Scarificateur de Bonnafont.*

a, corps de l'instrument et anneau pour passer le doigt indicateur. — *b*, saillie mobile servant à mouvoir un ressort ultérieur terminé par trois lames qui sortent des ouvertures, *c*. — *d*, les tranchants du scarificateur faisant saillie.

M. C. Miot (1) a cherché, dans un très-bon travail, à préciser les véritables indications de la *myringodectomie*, et voici les cas dans les-

(1) C. Miot, *Progrès médical*, 25 mars et mois suiv. 1876.

els on doit, selon lui, pratiquer la perforation de la membrane tympan :

1° *Collection dans la caisse* (myringite chronique ou aiguë; épanement sanguin). — Trœltsch conteste son utilité dans les extravations sanguines, mais M. Miot croit que la collection sanguine ut donner naissance sans ouverture préalable à une myringite : caillot sanguin, en se coagulant, emprisonne les osselets et enaîne une surdité très-longue.

2° *Oblitération de la trompe* (teintes ternes du tympan, absence du iangle lumineux).

3° *Sclérose de la caisse.*

4° *Adhérences du tympan.*

5° *Bourdonnement* (tension du tympan ou des osselets).

CONTRE-INDICATIONS. — *Paralysie avancée du nerf auditif. — Ankylose le l'étrier. — Atrophie du tympan. — Adhérences étendues du tympan.* — Après avoir discuté les divers procédés (ponction, cautérisation, mporte-pièce), il préfère l'incision simple ou multiple comme acile et suffisante. Pour maintenir la béance de la perforation, il employait d'abord le moyen suivant : après avoir fait une incision inéaire sur la partie postéro-moyenne du tympan, il glissait, à l'aide d'une pince, un petit œillet métallique qui restait à cheval sur le bord inférieur de la perforation et maintenu fixé à l'aide de petites boulettes de coton; les douleurs causées par la présence de ce corps étranger l'ont fait renoncer complétement à chercher ce résultat.

5° AFFECTIONS DES YEUX.

CATARACTE. — *Kératotomie, petit lambeau sans iridectomie.* —

Fig. 319. — *Éclairage latéral.*

Recourir au procédé de l'éclairage latéral (fig. 319) pour arriver au diagnostic de la variété de cataracte à laquelle on a affaire.

Pour écarter les paupières, M. Tillaux se sert, soit des doigts d'un aide, soit des élévateurs pleins (fig. 320), soit du dilatateur de Robert et Collin qui est très-commode. Ce dernier est fermé à l'état (fig. 321) de repos, ce qui permet de l'introduire facilement sous les paupières;

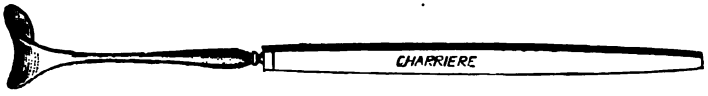


Fig. 320. — *Élévateur plein.*

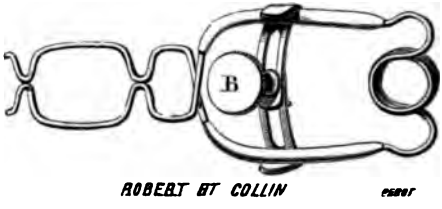


Fig. 321. — *Dilatateur de Robert et Collin.*

on l'ouvre en exerçant une légère pression sur les extrémités manuelles que l'on fixe à un degré de rapprochement convenable au

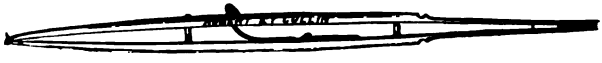


Fig. 322. — *Pince fixatrice de Desmarres.*

moyen du bouton, B. La courbure donnée à l'extrémité manuelle permet de la placer dans l'angle interne de l'œil.

Comme ophthalmostat propre à fixer le globe oculaire, il préfère aux pinces fixatrices (fig. 322) qui ont l'inconvénient de contondre

Fig. 323. — *Pique de Pamard.*

la conjonctive et de donner lieu à une ecchymose quelquefois très-considérable ; il préfère, dis-je, la pique de Pamard (fig. 323) présen-

ée il y a plus d'un siècle à l'Académie de chirurgie (1), et se compo-
ant d'une tige d'acier longue de 3 centimètres, courbée à son milieu
n deux sens différents, de manière à former un double coude qui
orte la pointe de l'instrument en dehors de l'axe du manche, mais
oujours dans la direction de ce même axe. Ce double coude est
estiné à embrasser la saillie du dos du nez. La pointe très-acérée
orte, à 3 centimètres au-dessous de son extrémité, un petit ren-
ement qui l'empêche de pénétrer trop profondément. M. Tillaux
e sert du couteau étroit de de Graefe pour pratiquer la kératotomie;
fait un petit lambeau supérieur et ne pratique jamais l'iridecto-
ie à moins d'inidcations tout à fait spéciales.

6° AFFECTIONS DES NERFS.

NÉVRALGIE SUS-ORBITAIRE REBELLE. — *Résection du nerf sus-orbi-
re.* — M. Tillaux vient de pratiquer (2), chez une malade atteinte
e névralgie sus-orbitaire rebelle et symptomatique d'une lésion
n cienne du sinus maxillaire, la résection du nerf sus-orbitaire dans
es conditions opératoires les plus remarquables. Nous sommes
e reux d'enregistrer ici ce beau fait de chirurgie.

Voici le procédé suivi par ce chirurgien : il fait, comme dans la
éthode de Nélaton pour la résection du maxillaire supérieur, une
cision comprenant les parties molles du rebord sous-orbitaire et du
lon naso-génien jusqu'à l'aile du nez : il dissèque le lambeau de la
sse canine jusqu'à l'émergence du nerf sous-orbitaire, place un fil
r ce nerf terminal, dissèque le plancher de l'orbite en soulevant
gèrement l'œil avec le manche d'une cuiller d'argent, casse avec
e gouge la lamelle osseuse qui recouvre le tronc nerveux dans le
oint le plus reculé possible, saisit le nerf avec des pinces et le
upe en ménageant l'artère: en tirant sur le fil placé préalablement
l'extrémité nerveuse terminale, on retire de sa gouttière toute la
rtion reséquée de ce nerf.

7° AFFECTIONS DES TENDONS ET DE LEURS GAINES.

a. SUTURE TENDINEUSE. — *Greffe des tendons.* — Dans les cas où
l a affaire à des tendons fraîchement divisés, il a recours à
la ténorrhaphie classique et applique l'appareil ouaté. S'il s'agit

(1) Pamard, *Mémoire de l'Académie de chirurgie*, 1765.
(2) Tillaux, *Bull. de la Soc. de chirurg.*, 13 juin 1877.

d'une plaie ancienne dans laquelle deux bouts tendineux se sont cicatrisés isolément, il fait l'usage de la *greffe* des tendons comme nous la lui avons vu pratiquer chez un malade de Lariboisière.

Il s'agit d'un charpentier de cinquante-deux ans, qui avait eu, sur la face dorsale de la main droite, une plaie produite par un crochet d'emballeur, qui s'était cicatrisée en un mois, sans aucun accident. Au bout de ce temps, le malade s'aperçoit qu'il lui est impossible de mouvoir en extension les deux derniers doigts de la main blessée : l'annulaire et l'auriculaire restent, en effet, constamment fléchis dans la paume de la main, tandis que les autres doigts s'étendent aisément. A son entrée, dans le service, il est facile de se rendre compte de la lésion des tendons par la position fléchie et immobile des deux derniers doigts.

Persuadé que l'on peut tenter encore chez ce malade la ténorrhaphie, M. Tillaux incise verticalement sur la face dorsale de la main au niveau d'une petite saillie sentie derrière les quatrième et cinquième métacarpiens et qu'il croit être constituée par le bout central. Aux extrémités de cette première incision, il en fait tomber deux autres horizontales qui donnent deux petits volets, dont la dissection permet de constater que la petite saillie précédente est formée par le bout périphérique des tendons extenseurs du petit doigt et de l'annulaire ; le bout central s'était sans doute rétracté au loin, il n'y avait pas lieu de s'en préoccuper. Le chirurgien songe alors à greffer les deux tendons périphériques au tendon intact du médius, opération analogue à celle que l'on a pratiquée avec succès pour les nerfs.

A travers une boutonnière faite au tendon médius, il introduit les extrémités disséquées et rafraîchies des deux tendons auriculaire et annulaire, et les fixe au premier à l'aide de plusieurs points de suture métallique. La cicatrisation ultérieure de la plaie ne fut aucunement entravée, et aujourd'hui le malade a recouvré les mouvements d'extension des deux derniers doigts de la main. Il emploie, dans ce dernier cas, la compression avec la bande d'Esmarch qui lui permet d'agir sans le moindre écoulement sanguin, comme si on opérait sur une main de cadavre.

b. KYSTE HORDÉIFORME DU POIGNET. — *Ponction et injection iodée.* — M. Tillaux ne semble pas redouter, comme bien de nos chirurgiens d'hôpitaux, l'intervention active dans les cas de kystes synoviaux de la main et du poignet. Toutefois, il commence par employer les moyens palliatifs (teinture d'iode, — compression, — ponction aspi-

). S'ils sont inefficaces, il a recours à la *ponction* par le trocart (fig. 324), en écartant fortement la peau, c'est-à-dire en ren-tte ouverture le plus sous-cutanée possible, puis à l'*injection* près avoir vidé la poche de son contenu liquide et hordéi-

Nous lui avons vu guérir à Lariboisière et par cette mé-deux jeunes femmes qui portaient de semblables tumeurs ; une d'elles, une jeune fille, il n'est survenu absolument au-cident, et les doigt sont conservé les mouvements intacts sans n soit résulté de raideur consécutive : plusieurs guérisons é également obtenues par M. Boinet à l'aide du même pro-

AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES (HOMME ET FEMME).

YDROCÈLE VAGINALE. — *Ponction et injection iodée.* — *Compres-*-M. Tillaux n'a pas obtenu de guérison persistante, au moins 'adulte, en employant la méthode de M. Monod qui modifie ide et lui permet de se résorber raction de quelques grammes uide et injection d'une même ité d'alcool avec la seringue de z). Chez les très-jeunes enfants, ntraire, il serait porté, d'après pre expérience, à croire qu'on ttendre de cette méthode un at plus satisfaisant. Pour l'a-, il opère par la méthode clas-(ponction et injection iodée à é). Il se sert, à cet effet, du tro-évacuateur de moyen calibre 24 et 325), et de la seringue de

Fig. 324. — *Trocart.*

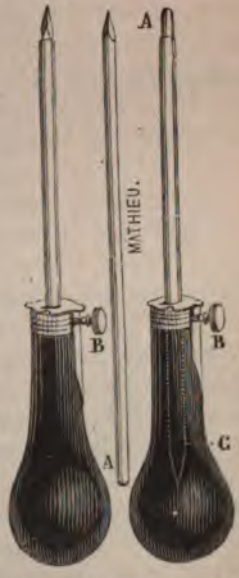


Fig. 325. — *Trocart (modèle de Mathieu).*

rière dite à hydrocèle (fig. 326 et 327). Afin d'éviter la piqûre sticule il pratique toujours la ponction en faisant, en même

temps, tenir une lumière sur le côté opposé de la masse liquide

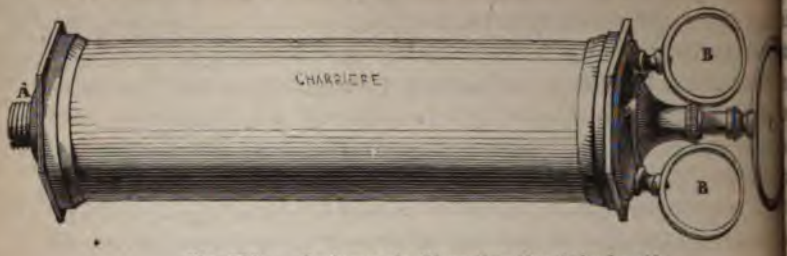



Fig. 326. — *Seringue de Charrière* dite *à hydrocèle.*

dont il choisit, séance tenante, la partie la plus transparente pour enfoncer le trocart.

Fig. 327. — *Canule à aspiration.*

Immédiatement après l'opération il fait, à l'aide d'une *cuirasse* de petites bandelettes de diachylon, une compression sur le scrotum, afin de diminuer la tendance au gonflement qui, pendant les premiers jours, est parfois considérable. Abaissant les diverses parties du scrotum, comme pour les détacher de l'anneau, le chirurgien les entoure de bandelettes larges comme le pouce, de manière à ce que tous les points en soient (fig. 328) recouverts ou enveloppés comme d'un sac dont le sommet ou ouverture entourerait soigneusement la racine du cordon. Dans le cas d'hydrocèle double, M. Tillaux n'opère pas les deux côtés le même jour, non pas qu'il croie que l'injection d'une tunique soit capable d'agir sur sa congénère et de guérir l'hydrocèle de l'autre côté, mais parce qu'en faisant les deux opérations on donne lieu souvent à une tuméfaction ultérieure extrêmement prononcée.

Fig. 328. — *Bandage compressif du scrotum.*

b. KYSTE SPERMATIQUE DE L'ÉPIDIDYME. — *Ponction et injection.* —

père comme dans l'hydrocèle simple de la tunique vaginale par ponction et l'injection iodée. Il a remarqué, et nous avons remarqué également, dans les opérations de ce genre pratiquées par nous, qu'au moment où est poussée l'injection de teinture d'iode, la douleur qui est, le plus souvent, très-vivement ressentie sur le trajet du cordon, comme on le sait, lorsqu'il s'agit de l'hydrocèle vaginale, est, au contraire, bien moindre quand on opère le kyste spermatique.

c. HÉMATOCÈLE DE LA TUNIQUE VAGINALE. — *Injection. — Incision suppuration ou castration.* — Si l'hématocèle succède à une hydrocèle simple, et de date récente et ne s'accompagne pas encore d'épaississement des tuniques, on peut encore essayer comme moyen curatif la ponction suivie de l'injection iodée : mais, si elle est déjà ancienne et que l'épaississement des parois du scrotum témoigne de dépôts fibrineux à la face interne de la vaginale, l'hématocèle n'est plus alors justiciable de l'injection, et ne doit être faite que par l'une des trois méthodes : *incision* et *suppuration, castration, décortication :* quelle est celle des trois qui compromet le moins l'existence du malade ? C'est là, il faut l'avouer, une grosse question de pratique chirurgicale sur laquelle M. Tillaux n'ose pas se prononcer. Cependant la décortication ne lui semble pas avoir plus de chances pour le malade que les autres procédés. Il serait plutôt porté vers l'incision et la suppuration consécutive, méthode qui pourtant est bien loin d'être exempte de tout danger.

d. IMPERFORATION DE L'HYMEN AVEC RÉTENTION DES MENSTRUES. — *Ponction. Évacuation du liquide. Excision de la membrane. Repos complet.* — M. Tillaux plonge un bistouri dans la partie la plus proéminente de la poche et incise verticalement : après l'écoulement du liquide noir chocolat, sirupeux, il excise les deux lèvres de l'ouverture et prescrit le repos le plus absolu, l'immobilité la plus complète, de peur de provoquer de la péritonite, soit par la compression abdominale qui a été souvent conseillée en pareille circonstance, soit par des injections détersives dont quelques gouttes pourraient pénétrer dans la grande séreuse par les trompes dilatées. M. Tillaux croit prudent, en agissant ainsi, d'abandonner l'expulsion de la petite quantité de liquide qui est dans l'utérus à la contraction naturelle de cet organe, et d'éviter, en comprimant, de produire un reflux aspirateur qui pourrait être très-nuisible. Il se contente de maintenir béante l'ouverture de l'hymen en y introduisant l'extrémité d'un doigt chaque jour.

Nous pensons qu'on pourrait, dans ce cas, employer la ponction

aspiratrice pratiquée avec la grosse aiguille ou même celle d moyenne dimension de la seringue de Dieulafoy (1).

e. VÉGÉTATIONS DES ORGANES GÉNITAUX EXTERNES (femme). — *Exc sion.* — *Cautérisation.* — C'est l'excision avec des ciseaux cour et la cautérisation immédiate au perchlorure de fer que préf M. Tillaux, ce dernier liquide agissant à la fois comme caustiqu quand il est pur, et comme hémostatique, quand il est mélangé av deux tiers d'eau. Il opère même dans le cas de grossesse, un pe contrairement aux indications posées par les accoucheurs, parce que lors de végétations énormes implantées sur la vulve, les organ génitaux externes et le col utérin lui-même, il peut se développ certains troubles (insomnie, douleur, inappétence) qui sont capa bles, tout aussi bien et même plus que l'opération elle-même, d déterminer l'avortement.

f. KYSTE PÉDICULÉ DE LA PAROI DU VAGIN. — *Excision.* — *Cautéri sation.* — Il pratique l'opération de la même façon que pour la grenouillette. Saisissant la partie la plus déclive du kyste avec un ténaculum, il l'attire et excise cette paroi embrochée avec des ciseaux; il laisse écouler le liquide noir sirupeux que renferme le plus souvent cette espèce de tumeur et cautérise profondément la face interne de la poche qui suppure au bout de quelque temps et dont les parois se rapprochent et adhèrent peu à peu.

g. RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE. — *Dilatation extemporanée progressive.* — Comme il n'existe pas de guérison radicale instantanée des rétrécissements de l'urèthre, il faut toujours, sous peine de voir se reproduire la coarctation dans un laps de temps plus ou moins long, recommander aux malades (traités soit par la dilatation permanente ou temporaire, soit par l'uréthrotomie, soit par la divulsion) de ne pas négliger de temps à autre de se faire sonder ou de se passer eux-mêmes une bougie. M. Tillaux emploie souvent comme moyen plus rapide et plus sûr le *massage* de l'urèthre à l'aide de la dilatation, méthode à laquelle il donne le nom d'*extemporanée progressive*, et qu'il fait par le passage successif et immédiat de plusieurs cathéters Beniqué (fig. 329 et 330), depuis le n° 25 (correspondant au n° 12 de la filière) jusqu'au n° 40 ou 50. Deux séances en moyenne par année seraient suffisantes pour rendre à l'urèthre un calibre égal à 7 millimètres. Cette méthode que nous avons vue cependant être suivie, entre les mains d'autres chirurgiens, d'irritation du canal et même d'abcès prostatique, n'a jusqu'à présent

(1) Gillette, *Clinique chirurgicale des hôpitaux de Paris*, p. 104, 1877.

nné que des résultats satisfaisants à M. Tillaux. Il a remarqué, en tre, qu'après le passage un peu douloureux du n° 30, par exemple, us on augmente graduellement le volume du cathéter, moins le alade souffre (1).

Fig. 329. — *Bougie d'étain de Beniqué.*

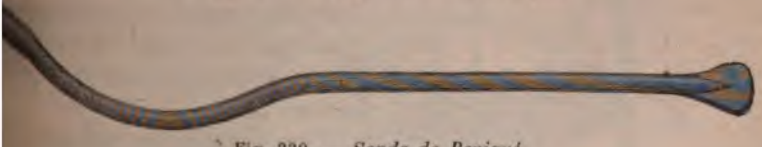


Fig. 330. — *Sonde de Beniqué.*

h. CYSTITE DU COL VÉSICAL AVEC CONTRACTURE REBELLE. — *Dilatation forcée.* — Rien n'est parfois plus difficile à combattre que ces ystites du col de la vessie s'accompagnant de contracture rebelle t forçant les malades à une miction incessante qui n'a pour ffeet, e plus souvent, que l'expulsion de quelques gouttes d'urine à haque fois.

M. Tillaux, rapprochant jusqu'à un certain point cette contracture, qu'il ne serait pas étonné de voir accompagnée de gerçure, de celle qui s'observe dans la fissure anale, applique dans ce cas, chez l'homme et chez la femme, la *dilatation forcée*, après avoir, bien entendu, épuisé tous les autres modes de traitement (cathétérisme, instillation de collyre, cautérisation, glace, frictions belladonées, suppositoires). On pourrait, à cet effet, se servir de l'ingénieux instrument, dit *dépresseur*, de M. Mercier (fig. 331), mais M. Tillaux a, dans ce but, fait construire deux dilatateurs dont voici la description succincte :

1° Celui qui est destiné au col vésical de l'homme agit lentement et d'une façon uniforme et graduée; il représente un instrument ayant la forme d'un cathéter, dont l'extrémité vésicale se termine par quatre petites branches recourbées, mobiles, mais juxtaposées les unes contre les autres à l'état de repos. Quand on veut les écarter, on n'a qu'à tourner une vis correspondant à un gros conducteur

(1) Pierre Le Garrec, *Étude sur l'emploi des bougies de Beniqué dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre, de la blennorrhagie chronique et de la contraction douloureuse du col de la vessie*, Th. inaug. Paris, 1876.

métallique cheminant au centre du cathéter et terminé lui-mê bas par une petite boule qui, lorsque les quatre branches soi prochées, vient se placer tou au niveau de leurs extrémités. sant jouer la vis dans un s boule est entraînée en arr écarte les branches : en la to en sens opposé, la boule est en sens contraire, c'est-à-d avant, et, aussitôt qu'elle a ces dernières, elles se referr se remettent en place : c'e jours à l'état de repos que l'c introduire ou retirer l'instr On voit que ce dilatateur rep le même principe que celui qu imaginé par M. le professeu beau (1) pour la lithotritie pér seulement, dans l'instrum M. Tillaux, l'écartement des ches se produit par un mou rétrograde de la boule termin

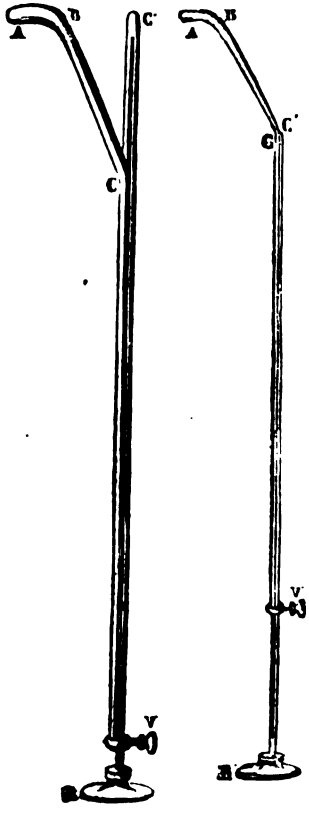


Fig. 331. — *Dépresseur prostatique de Mercier.*

2° Le dilatateur du col vés la femme, beaucoup plus cou le précédent, se compose d'u métallique au centre duquel s une tige munie, à son bout v de quatre petits leviers qui, gnant ou se rapprochant p mouvement de bascule, écart rapprochent l'une de l'aut deux moitiés d'un cylindre, l ment arrondies à leurs extrémités. C'est ce petit cylindre, suivant sa longueur, qui est introduit dans l'urèthre, lorsc deux valves sont exactement appliquées l'une contre l'autre pa faces correspondantes. M. Sebeaux (2) a exposé longuement le ditions fort différentes dans lesquelles se manifestent ces cc tures du col parfois très-intenses.

(1) Voir le service du professeur Dolbeau.

(2) Sebeaux, *De la contracture du col vésical et de son traitement par la tion*, Th. inaug., 1876.

CALCUL VÉSICAL. — *Taille pré-rectale.* — A la taille latéralisée frère Côme, employée surtout en Angleterre, et qui expose souvent à la section du bulbe et toujours à celle de l'artère transverse de ce dernier organe, M. Tillaux préfère la *taille pré-rectale* Nélaton qui n'est pas plus la méthode de Dupuytren (bilatérale), que cette dernière est celle de Celse, comme on le lui a parfois reproché : elle est difficile, il est vrai, mais comme, dans son exécution, on suit le grand côté du triangle en disséquant les tissus sur

Fig. 332. — *Incision cutanée de la taille bi-latérale* (Vidal).

le doigt placé dans le rectum, elle laisse une porte plus grande à la sortie du calcul et évite plus facilement la région bulbaire. — Il introduit le cathéter cannelé dans l'urèthre avant de mettre le malade en position (abduction et flexion des membres inférieurs), et avant de lier ensemble les pieds aux poignets. Nous lui avons entendu raconter ce fait, que, chez un malade opéré par Civiale et

Nélaton, il avait été impossible de passer le cathéter, parce
avait commencé par attacher les jambes aux mains; dans ce
avait fallu défaire les ligatures pour introduire l'algalie. — D
il croit que, chez les sujets calculeux paraissant même dans l
mauvaises conditions (fièvre, météorisme, frisson, etc.), il n'y
lieu de se désespérer et de porter un pronostic des plus lâc

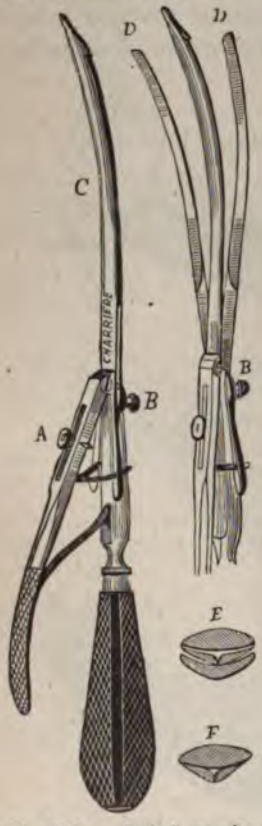


Fig. 333. — *Lithotome double de Dupuytren.*

il faut évidemment, chez eux,
toute tentative de lithotritie, m
doit se hâter de pratiquer la taille
dans de semblables conditions qu
lui avons vu opérer un homme de
cinq ans, que nous avions bien tend
considérer comme perdu, chez leq
urines étaient d'une fétidité horr
qui se trouvait sous le coup de l'in
urineuse : le soir même, la tempé
et le pouls avaient baissé, et, tr
maines après, le malade était e
ment rétabli. Dans le cas de calcu
volumineux, M. Tillaux emploie
férence la taille bilatérale dont l'i
est représentée (fig. 332), et, pou
quer la section prostatique, il fai
du lithotome double de Du
(fig. 333).

j. HYPOSPADIAS. — *Méthode*
(Duplay, Th. Anger). — Dans
d'hypospadias périnéo-scrotal, ce
gien emploie pour la taille des la
le procédé en double pont et en v
M. Th. Anger, que nous avons déj
et, pour la succession des temps
ration, celui de M. Duplay, ég
déjà décrit (1). — Il redresse d'
verge, puis, plusieurs mois après
le nouveau canal en commençant par le méat, et en allant
sivement jusqu'à l'ouverture postérieure qu'il laisse fistule
qu'à la restauration complète de toute la partie antéri
canal ; pendant tout le temps de la réunion des quatre l

(1) Voir le service de M. le Dr Duplay.

posés deux à deux, il maintient une sonde dans le nouveau
it de peur qu'il ne se rétrécisse.

ASTRATION. — *Ligature du cordon en quatre parties.* — La ligature
sse du cordon ne met pas assez sûrement l'opéré à l'abri des
rrhagies; aussi emploie-t-il un moyen intermédiaire entre
lernière et celle qui consiste à isoler chacun des vaisseaux et
eindre par un fil. — Il commence, après avoir disséqué le
n, par le diviser en quatre parties égales avec l'instrument
iant, puis il applique une ligature solide sur chacune d'elles.
méthode, qui est très-simple et qui certainement offre beau-
plus de garantie contre les hémorrhagies, a cependant l'in-
nient, comme la ligature en masse, de comprendre, dans
de chacun des fils, les filets nerveux de la masse funiculaire
r conséquent, de prédisposer aux accidents nerveux et, en
ulier, au tétanos.

ISTULE VÉSICO-RECTALE. — *Emploi du galvanocautère.* — S'il
te qu'un petit pertuis, résultant de l'ouverture d'un abcès de
state dans la cavité rectale, M. Tillaux introduit dans son trajet
tit stylet recourbé qui rougit sur place par le courant galva-
. Sur un homme de vingt-trois ans que nous avons vu dans son
e, à Lariboisière, et qui, à la suite d'une blennorrhagie, avait
até un accident de cette nature, cette méthode a été employée
ment, grâce à l'usage du spéculum de Bozeman : au moment
ssage du courant, le malade a ressenti une douleur très-vive
it au niveau de la région glandaire.

FISTULE RECTO-VAGINALE. — *Pince spéciale.* — Pour l'avivement
rds de la fistule et afin de ne pas être gêné par l'écoulement

334. — *Pince de M. Tillaux, pour l'opération de la fistule recto-vaginale.*

ng, M. Tillaux a fait construire une pince (analogue à celle
I. Desmarres père emploie pour l'opération des kystes et les
zions des paupières) terminée d'un côté par une plaque intro-
dans le rectum (fig. 334), et de l'autre par un large anneau
omprime les bords de la fistule en se rapprochant (à l'aide
vis de rappel) contre la plaque précédente.

9° AFFECTIONS DE L'ANUS.

FISTULES ANALES MULTIPLES, AVEC DÉCOLLEMENT ISCHIO-RECTAL (rétrécissement sus-sphinctérien). — *Section de la bride postérieure.* — Dans certains cas de fistules (fig. 335) avec décollement des tissus d'une ou des deux fosses ischio-rectales, M. Tillaux a constaté l'existence d'une bride transversale et postérieure B, constituant une espèce de rétrécissement sus-sphinctérien (saillie du sphincter), derrière laquelle le rectum forme un cul-de-sac très-profond C ; les matières fécales, dans ce cas, passent avec une forme prismatique et triangulaire P. Ce chirurgien pense qu'au lieu de traiter la ou les fistules,

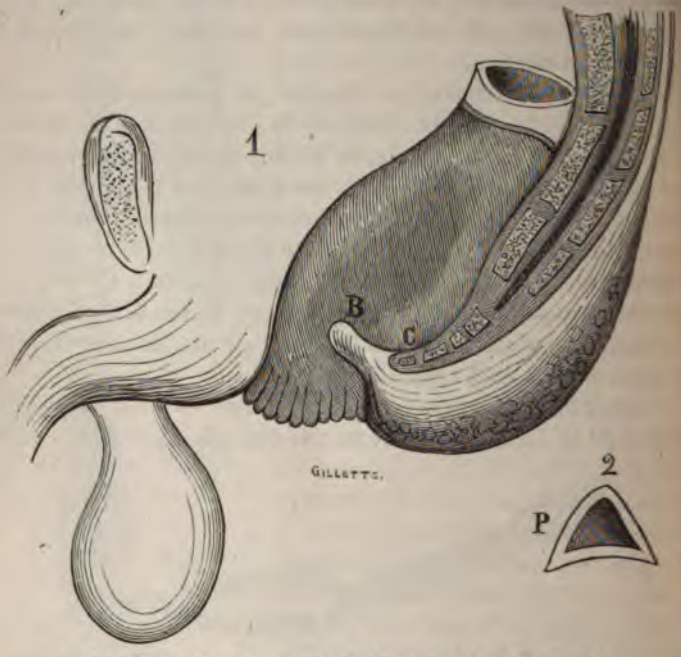


Fig. 335. — *Coupe verticale du rectum (fig. schématique).*

Fig. 1. — B, rétrécissement sus-sphinctérien, profil. — C, cul-de-sac postérieur.
Fig. 2. — P, coupe de la saillie vue de face.

dont la section nécessiterait des délabrements considérables qui auraient même peu de chance d'être suivis de guérison, ce chirurgien pense qu'il vaut mieux s'adresser à ce rétrécissement, à cette *luette rectale* B, et conseille de la diviser perpendiculairement dans

ın épaisseur. — Il pratique cette section avec le bistouri et it immédiatement une mèche dans ce rectum, mais il croit ıourrait soit se servir du thermocautère, soit employer l'é- en traversant la base de ce repli avec une grosse aiguille ıtrice de la chaîne. A la suite de la division de ce repli, le recouvrant son calibre normal, les matières reprennent leur ıabituelle ; les fistules qui sont entretenues par cette mal- on disparaîtraient comme les fistules périnéales quand on e au rétrécissement uréthral. M. Tillaux a pratiqué cinq fois ération, deux de ses malades sont en traîtement encore : chez taine de dragon le succès a été aussi complet que possible, nois les fistules étaient taries, et le malade était complète- ıéri.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ

M. LE DOCTEUR DEMARQUAY [1]

1° AFFECTIONS OSSEUSES ET ARTICULAIRES.

a. FRACTURE DE LA CLAVICULE. — *Opportunité de l'appareil.* — M. Demarquay ne pense pas, dans le traitement de ces fractures, que le chirurgien soit toujours libre d'employer ou de ne pas employer d'appareil. — En effet, s'il est des cas qui puissent être laissés à la discrétion du chirurgien (fracture sans déplacement considérable, sans complication), il en existe d'autres où l'intervention est utile aux jeunes femmes chez lesquelles on doit éviter la difformité, d'autres enfin où elle est indispensable : ce dernier cas se présente :

1° Quand on a affaire à des fractures s'accompagnant de douleurs parfois intolérables, qui sont dues à la disposition vicieuse des fragments et qui ne cèdent qu'à une réduction opérée puis maintenue et à l'immobilisation complète du bras ;

2° Lorsqu'il est à craindre de voir un des fragments percer la peau par une extrémité acérée.

La variété d'appareil à appliquer varie selon le cas présent. On doit faire un choix en rapport avec le plus ou moins de facilité du maintien de la réduction. On peut également essayer, pour obtenir une bonne coaptation et surtout pour la fracture de l'extrémité externe avec déplacement (ce qui est rare), l'appareil que ce chirurgien a imaginé pour les luxations de la clavicule.

b. LUXATION DE LA CLAVICULE PRÉ-STERNALE. — *Appareil spécial.* — L'appareil construit par M. Demarquay est une combinaison des bandages moulés avec le mécanisme des moyens de pression directe. — Un plastron de cuir rigide doublé d'une peau douce A

(1) 1852, chirurgien du bureau central ; — janvier 1860 à 15 février 1860, maison d'accouchements ; — 15 février 1860 à 21 juin 1875, maison municipale de santé. Décédé le 21 juin 1875.

g. 336), exactement conformé sur le moule de plâtre du sujet, em-asse la base du cou, les épaules et la partie supérieure de la oitrine. — Ce plastron ne détermine aucune gêne, car il est léger bien régulièrement adapté; il se boucle en arrière. — L'élévation ubras seule est empêchée, et cela fort heureusement, mais les autres ouvements sont libres. — Enfin, ce plastron supporte l'agent de ression directe qui consiste dans un *ressort d'acier courbé en arc* tué obliquement au-dessus de l'épaule malade, et s'étendant de-uis la région scapulaire postérieure jusqu'au niveau de l'extrémité ernale de la clavicule. Le bord postérieur de cette lame élasti-ue est rivé à la surface du plastron derrière l'omoplate. Son bord térieur supporte une pelote BC dirigée d'avant en arrière et obile sur son axe par une articulation à pivot central. Cette lote BC, concave ou convexe selon le besoin, traverse un trou atiqué dans le plastron pour appuyer directement sur l'os luxé; n d'éviter tout déplacement en haut, l'appareil est assujetti au rset ou au pantalon à l'aide de bretelles élastiques (1).

g. 336. — *Appareil de Demarquay pour la contention des luxations de la clavicule.*

Fig. 337. — *Énucléation interne de l'astragale.*

c. LUXATION SOUS-ASTRAGALIENNE AVEC PLAIE. — *Extirpation de astragale.* — Si la tête astragalienne est expulsée de l'articulation,

(1) Demarquay, *Appareil contentif des luxations de l'extrémité interne de la avicule* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1865, t. XXX, p. 1173).

fait saillie à travers les téguments déchirés (fig. 337), et que la totalité du corps de l'os ait perdu ses connexions avec les autres surfaces articulaires environnantes (véritable énucléation de l'as-

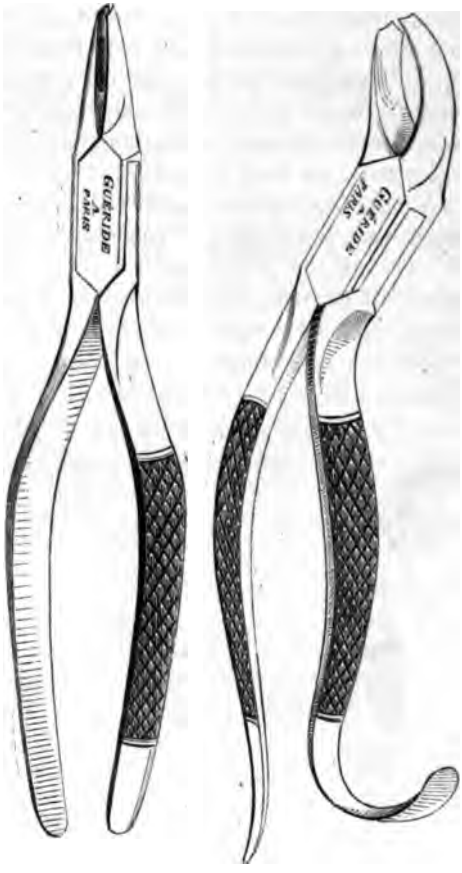


Fig. 338. — *Daviers de forme américaine.*

tragale), M. Demarquay pense qu'il est plus opportun d'avoir recours à l'ablation de l'astragale en entier qu'à la résection simple, par la raison que, si on en conservait une partie, cet os jouerait évidemment le rôle d'un corps étranger. La manœuvre opératoire est, du reste, des plus simples : il suffit d'agrandir la plaie avec le bistouri, de saisir l'astragale avec un fort davier (fig. 338), de le dégager des attaches ligamenteuses qui le retiennent encore

squelette et de l'enlever de la plaie. Si on a le soin de ménager tendons et l'artère pédieure l'opération se fait aisément et sque sans hémorrhagie.

. COXALGIE A LA TROISIÈME PÉRIODE. — *Débridements multiples.* — les lésions articulaires (carie, nécrose, etc.) sont très-prononcées, Demarquay pense que le malade ne peut tirer bénéfice d'une ection qui est par elle-même une opération très-grave. Il se tente de pratiquer tout autour de l'articulation malade des *tre-ouvertures multiples*, de faire des injections détersives et de damner le malade au repos le plus absolu.

2° AFFECTIONS GÉNITO-URINAIRES (HOMME ET FEMME).

. VARICOCÈLE. — *Méthode de Ricord.* — M. Demarquay emploie ne façon presque exclusive la méthode de M. Ricord (fig. 5, p. 6), produit une section lente des veines du cordon et leur oblitéra- consécutive. Ce procédé met le malade à l'abri de la phlébite est un des accidents les plus à craindre après cette opération. — e ne devient dangereuse que si, dans le passage des fils, on a nspercé une veine; elle est, au contraire, à peu près inoffensive dans chacune des anses, on a le soin de comprendre, avec le pa- et veineux, le tissu conjonctif ambiant.

. RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTRE. — *Cautérisation.* — *Porte-caus- ue spécial.* — Bien que ce ne soit pas la méthode qu'il préconisa ns la plupart des cas, M. Demarquay a imaginé, pour pratiquer te cautérisation, un porte-caustique analogue à celui de Lalle- nd (fig. 339 et 340), auquel il a ajouté une petite sonde à robi- , *cbf*, qui permet de faire (fig. 340), immédiatement après la térisation, une injection d'eau froide et de se rendre compte, par sue de l'urine, du moment où on arrive dans la vessie.

. PHIMOSIS. — *Fixation du prépuce.* — *Excision.* — *Serres-fines.* M. Demarquay pense, à l'exemple de M. Chassaignac, qu'afin de tionner en même temps et au même niveau la peau ainsi que la queuse, et de se mettre à l'abri du glissement des deux feuillets sur l'autre, il faut toujours commencer par fixer et tendre le puce : à cet effet, il a l'habitude de se servir de deux pinces à sion qu'il introduit entre le gland et le prépuce et avec les- elles il saisit ce dernier dans deux points opposés.

Une fois ce premier temps effectué, il traverse la peau et la mu- euse de deux fils qui servent à les fixer, il excise à l'aide du bis- ri, puis il termine en fendant avec des ciseaux le restant de la

muqueuse jusqu'à la rainure glando-préputiale. — Serres-fin
Pour qu'on puisse espérer obtenir la réunion par première int

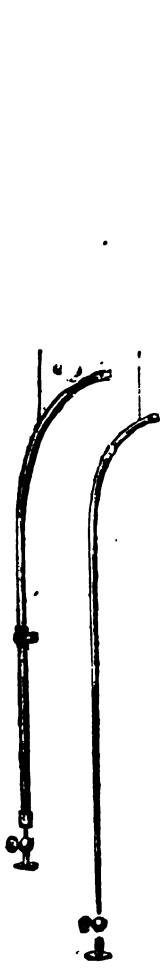


Fig. 339. — *Mandrin de la sonde à cautériser et porte-caustique de Lallemand.*

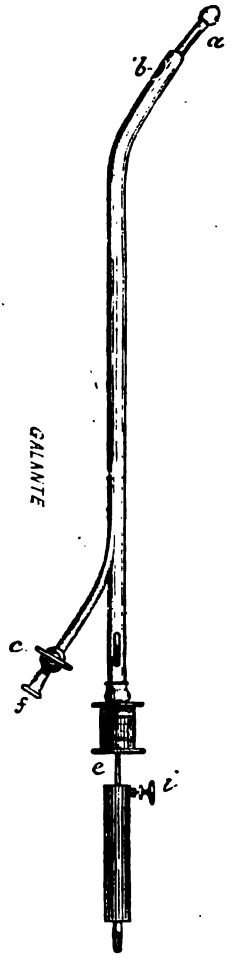


Fig. 340. — *Porte-caustique uréthral de Demarquay.*

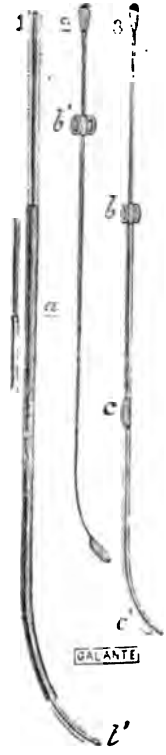


Fig. 341. — *Conduc de Demarquay.*

tion, il faut de toute nécessité arrêter complétement l'écoulem sanguin. Lorsque la section porte trop près du filet, cet écoulem peut même devenir une véritable hémorrhagie. Ce chirurgien

é (1) un exemple de cette nature, qu'il a observé à l'hôpital du di et dans lequel une hémorrhagie, dont la cause avait été la sec- n du frein, fut assez inquiétante pour menacer la vie du malade.

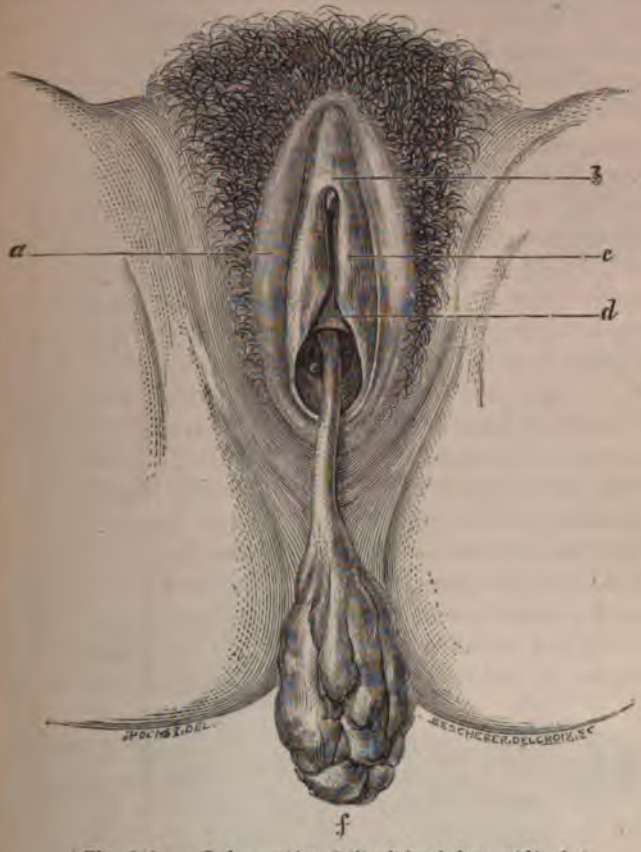


Fig. 342. — *Polype utéro-folliculaire à long pédicule.*

, grandes lèvres ; *b*, clitoris ; *c*, petites lèvres ; *d*, bord antérieur de l'orifice du vagin ; *e*, seg- nt de l'hymen ; *f*, corps du polype (Boivin et Dugès).

d. URÉTHROTOMIE EXTERNE. — *Conducteur spécial.* — M. Demar- uay pratique cette opération par une incision transversale ou cur- ligne analogue à celle de la taille prérectale : il fait usage (pour uréthrotomie sur conducteur) d'un conducteur ingénieux (fig. 341) ui remplit le triple but d'être explorateur, de diriger la marche du

(1) Demarquay, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1869.

bistouri et d'aider à introduire une sonde dans la vessie après l'opération. Il se compose d'une sonde sur laquelle se monte un curseur olivaire cannelé, ce qui permet d'inciser, sur sa cannelure, le rétrécissement, et pointue à son extrémité vésicale.

e. POLYPE FIBREUX UTÉRIN. — *Écrasement linéaire du pédicule.* — Si le pédicule est très-étroit, il emploie la torsion ; s'il est plus large mais accessible aux doigts, il préfère l'écraseur linéaire. Dans un cas que nous avons observé dans son service en 1873, le polype s'étant gangréné sur place et faisant saillie dans le vagin, M. Demarquay n'attendit pas l'expulsion spontanée, de crainte d'infection putride. Il en pratiqua l'extirpation. A la suite de l'opération, la malade eut une pelvi-péritonite suppurée dont le foyer se vida soit par le vagin, soit par le rectum, et elle finit par guérir.

f. POLYPE UTÉRO-FOLLICULAIRE. — *Torsion.* — *Cautérisation.* — *Écrasement.* — Dans cette variété (fig. 342), si le polype a un pédicule long et grêle, M. Demarquay emploie soit l'excision avec des ciseaux courbes, soit la torsion suivie de la cautérisation du point d'implantation avec un ou deux boutons de feu (1). Écrasement linéaire si le pédicule est plus volumineux. Surveiller l'état de la cavité utérine et, quelle que soit la facilité avec laquelle s'effectue l'opération, éviter de la pratiquer dans le cabinet du chirurgien. Repos.

g. KYSTE DE L'OVAIRE. — *Trocart-lithotome.* — Cet instrument, peu employé de nos jours, que M. Demarquay a fait construire est composé d'un gros manche terminé : 1° par un trocart-canule dont le robinet coudé se trouve au niveau du talon de l'appareil ; 2° par une branche du lithotome caché, représenté ouvert sur la figure.

Fig. 343. — *Lithotome de Demarquay.*

Cet instrument (fig. 343) permet de faire la ponction, de laisser écouler le liquide et, si on le juge nécessaire, d'agrandir l'ouverture en faisant jouer la lame du lithotome.

k. MÉTRITE HÉMORRHAGIQUE. — *Curette de Récamier.* — L'abrasion de la cavité utérine par cette curette (fig. 344) a passé aujourd'hui dans la pratique. M. Demarquay en a obtenu les meilleurs résultats

(1) Martin, *Essai sur les tumeurs folliculeuses hypertrophiques*, Th. inaug., 1857; *Traité clinique des maladies de l'utérus*, par Demarquay et O. Saint-Vel. Paris, 1876.

aison de santé. D'ordinaire, l'opération est suivie d'un écou-
t minime de sang.

Fig. 344. — *Curette de Récamier.*

BAISSEMENT UTÉRIN. — *Pessaire en raquette.* — C'est du pessaire Hervez de Chégoin (fig. 343), dit en pelle ou en raquette, que rt M. Demarquay contre les abaissements s ou déviations de l'utérus. Il ne lui a jamais ionné de mécompte, et il présente, selon lui, ands avantages. C'est surtout dans les cas troversion (fig. 346) que ce pessaire lui pa-ndiqué. Toutefois, son application doit être dée, pendant un certain nombre de jours, par d'un pessaire de corne à tige plus longue. emploie également le *pessaire à air* (fig. 343) mblette, muni d'un robinet et dans lequel on fait passer de l'air oyen de la poire en caoutchouc.

Fig. 345. — *Pessaire en raquette d'Hervez de Chégoin.*

CANCER DU COL UTÉRIN. — *Flèches de pâte de Canquoin.* — Lors-

Fig. 346. — *Rétroversion de l'utérus.*

la maladie n'est pas justiciable d'une opération chirurgicale, Demarquay s'attache à combattre les symptômes auxquels elle ne lieu.

Outre les injections désinfectantes et astringentes destinées
venir les accidents putr
a souvent recours à l'em
flèches au chlorure de z
enfonce dans le produi
bide et qui, loin de
un coup de fouet à l'af
comme on serait tenté
supposer, produisent ur
lioration qui, bien que
gère, n'en est pas moi
prenante dans certains

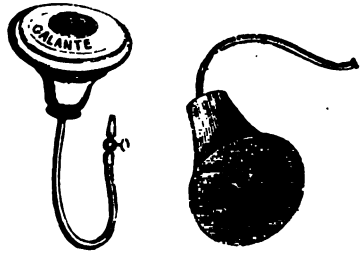


Fig. 347. — *Pessaire à air fortement excavé en avant et mobile en forme d'entonnoir.*

moyen palliatif a pour effet non-seulement de tranquilliser
de la malade, mais d'arrêter jusqu'à
tain point la marche du néoplasme,

Fig. 348. — *Porte-topique fermé.*

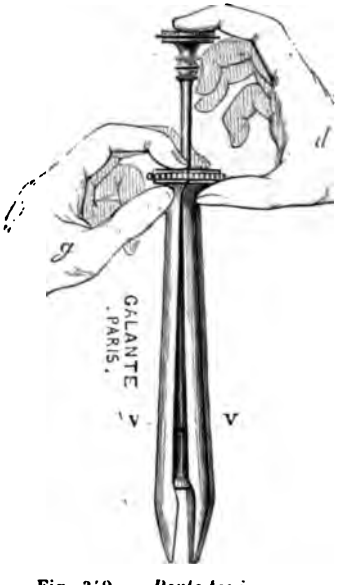


Fig. 349. — *Porte-topique ouver*

Fig. 348. — *l*, trait indiquant la ligne suivant laquelle le porte-topique est divisé d
longueur en deux valves V,V'.

p, pavillon muni, sur son pourtour, d'une gorge dans laquelle est logé un anneau de
a, qui, par son élasticité, maintient les valves rapprochées.

e, bouchon fermant l'ouverture du pavillon *p*, et dans lequel glisse la tige *t* du pist
Fig. 349. — Position des mains faisant fonctionner l'instrument. La main gauch
l'instrument, pendant que la droite *d* pousse le piston.

Les valves V,V' s'écartent sous la pression du piston pour livrer passage au topiq
dans l'instrument.

congestions dont il est le siége, de combattre les hémor-
de diminuer les douleurs.

ITE. — *Glycérine et tannin.* — Lorsque
aiguë (réclamant les antiphlogistiques
ollients) est terminée et que la vagi-
un caractère de chronicité bien pro-
l soumet la malade à un traitement
rapport avec son état constitutionnel,
urs aux injections astringentes (alun,
zinc, etc.,) et principalement à celles
ne et de *tannin* (1).

marquay emploie fréquemment le
que vaginal de H. Delisle (fig. 348) qui
la femme de porter elle-même dans le
ue sur le col de l'utérus toutes les
s médicamenteuses (poudres, pomma-
ons (fig. 350), etc.).

RALGIE. — *Acide carbonique.* — Qu'elles
entielles ou symptomatiques, ces dou-
parfois très-violentes, ne se limitent
ars à l'utérus et se propagent à la ves-
organes du petit bassin, aux flancs,
es, aux aines. Elles se présentent sou-
s forme lancinante et périodique.
de l'*acide carbonique*, dans ces cas de
utérines rebelles, a paru donner de

Fig. 350. — *Disposition de l'instrument pour accrocher l'anse* c *d'un tampon, d'un sachet* s *ou d'une éponge à l'entaille* r *du piston.*

1. — *Position de l'instrument quand on le charge de la substance médicamenteuse.*

résultats que les narcotiques et les antispasmodiques,

rquay, *De la glycérine et de ses applications en médecine et en chi-*
2.

soit à l'intérieur, soit en injections intra-vaginales, et à l'aide l'appareil représenté plus loin (fig. 357) à propos de l'étranglem interne.

3° AFFECTIONS DES TÉGUMENTS ET DU TISSU SOUS-CUTANÉ.

a. ANTHRAX. — *Incisions multiples.* — A l'exemple de Velpe M. Demarquay prétend arrêter la marche de cette affection en fais de grandes incisions multiples : jamais il n'a observé, à la suite leur emploi, la phlébite de voisinage, comme l'ont avancé les c rurgiens temporisateurs qui se refusent à porter le bistouri dans masse morbide et qui se contentent d'appliquer les émollients. L'i duration des tissus au milieu desquels plongent les vaisseaux v neux incisés lui paraîtrait plutôt une raison pour que cette phléb ne se développât pas. — De plus, sur toutes les surfaces mises à n et encore selon le précepte de Velpeau, il passe aussi un pinceau im bibé de teinture d'iode caustique, afin de prévenir les absorptio purulente et putride en oblitérant les orifices vasculaires.

Au contraire, l'excision qu'on a également conseillée lui sem blerait porter beaucoup plus que les incisions à la section de vais seaux de volume variable.

b. LIPÔME. — *Ablation.* — *Conservation de l'enveloppe limitante.* — L'extirpation du lipôme, même lorsqu'il est profond et sous-mus culaire, ne présente généralement, au point de vue de la manœu vre opératoire, aucune difficulté sérieuse. — Incision unique ou multiple, longitudinale ou cruciale, séparation des adhérences et isolement de la tumeur, traction exercée sur elle à l'aide d'érignes, ablation de la masse; — mais il reste toujours, après cette extirpa tion, une cavité plus ou moins vaste où s'accumulent les liquides inflammatoires qui peuvent être le point de départ d'une décom position et, par suite, de phénomènes d'infection putride. M. De marquay cherche à éviter ces accidents en mettant à profit un fait d'anatomie pathologique bien connu pour le lipôme, c'est-à-dire en *conservant*, pendant la dissection, la *membrane limitante* qui en veloppe la masse graisseuse, et l'isole des autres tissus au milieu desquels elle se trouve logée. Cette paroi protectrice empêche l'in filtration ultérieure des liquides de décomposition, prévient les inflammations diffuses et circonscrit, par conséquent, à la cavité elle-même, les phénomènes pathologiques. On peut, comme panse ment, suturer une partie des lèvres de l'incision et laisser dans la poche quelques boulettes de charpie que la suppuration à venir se

bargera d'éliminer de la cavité : le drainage est aussi un excel-nt mode de pansement en ce cas.

Nous irons même plus loin, en disant que non-seulement la bservation de cette membrane conjonctive isolante restreint le rocessus inflammatoire consécutif, mais encore qu'elle favorise ngulièrement, dans bien des exemples, la manœuvre opératoire lle-même, car elle adhère moins au lipôme qu'aux tissus périphé-iques : une fois que cette membrane est incisée, la masse adipeuse t énucléée souvent avec la plus grande facilité, pourvu que les doigts e chargent de déchirer les prolongements celluleux assez minces ui rayonnent de la face interne de cette enveloppe dans les sillons terlobulaires de la tumeur.

c. CHÉLOÏDE. — *Temporisation. — Si on opère, faire une ablation rge.* — Deux espèces de chéloïdes peuvent se présenter :

1° Des *hypertrophies partielles du derme, fausses chéloïdes*, obser-es surtout à la suite de brûlures, qui diminuent et peuvent même paraître complétement avec le temps. Ce sont celles que Néla-n refusait d'opérer.

Nous en avons vu, en 1874, un très-bel exemple dans le service de . Tillaux à Lariboisière : il s'agissait d'une jeune fille sur l'avant-as de laquelle un médecin avait appliqué *plus de quarante vési-toires* pour conjurer les menaces d'un phlegmon diffus, il en était sulté une multitude de cicatrices chéloïdiennes de forme et de osseur différentes, qui ne furent pas opérées et qui disparurent par repos et la simple application de cataplasmes.

2° Les *véritables chéloïdes* (hypertrophie du derme avec prolifé-tion du tissu cicatriciel) dans la composition desquelles on ne trouve pas du tout les éléments constitutifs du derme, et qui, dans ur nature intime, selon M. Demarquay, semblent présenter quel-ue chose de spécifique (1), car elles récidivent très-fréquemment rand on les a enlevées. Dans ces cas encore, ce chirurgien est sez d'avis de temporiser, et, s'il est forcé d'intervenir, ayant tou-urs en vue le danger de la répullulation de la masse morbide, conseille d'opérer largement et de ne pas craindre, dans l'abla-on, de dépasser les limites apparentes du mal.

4° ANESTHÉSIE, PLAIES ET GANGRÈNE.

a. ADMINISTRATION DU CHLOROFORME. — *Masque en fil de fer et*

(1) Alp. Liron, *Essai sur la chéloïde inguinale spontanée*, Th. inaug. av. pl., 1877.

flanelle. — *Chloroforme goutte à goutte.* — Dans l'administration de cet agent anesthésique, M. Demarquay se base sur les préceptes suivants :

1° Ne pas laisser à l'appareil le soin de *mesurer la dose* de chloroforme nécessaire pour amener le sommeil. C'est la personne chargée de l'anesthésie qui règle, modifie la quantité, et supprime ou continue son administration.

2° Afin d'éviter la suffocation et l'asphyxie, il faut une libre circulation de l'air dans le conduit laryngo-trachéal ; et, par conséquent, on doit éliminer tout appareil qui s'applique trop hermétiquement sur la bouche ou sur les fosses nasales.

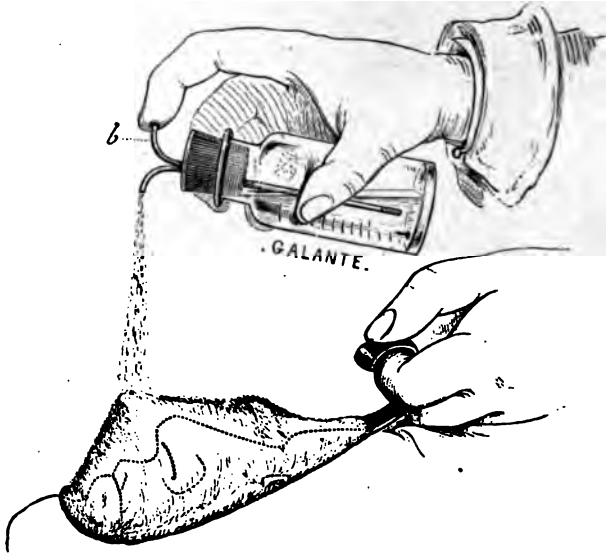


Fig. 352. — *Appareil à anesthésie de Demarquay* (premier modèle).

3° Ne pas faire inspirer une *trop grande quantité de chloroforme* à la fois ; cet agent doit être donné d'une façon lente, continue, non brusque, tombant goutte à goutte, et mélangé à l'air.

4° Éviter, par cette dernière précaution, l'action irritante du chloroforme sur les muqueuses des cavités de la face et sur celles du larynx et de la trachée, ce contact étant très-probablement la cause de la *période d'excitation.* — Afin de satisfaire à ces indications, il a adopté un appareil très-simple composé d'un *masque en fil de fer* recouvert d'une flanelle et placé (fig. 352 et 353) à une certaine dis-

ce de la bouche, et d'un *flacon à double tubulure* qui projette chloroforme goutte à goutte sur la flanelle; grâce à cet appareil,

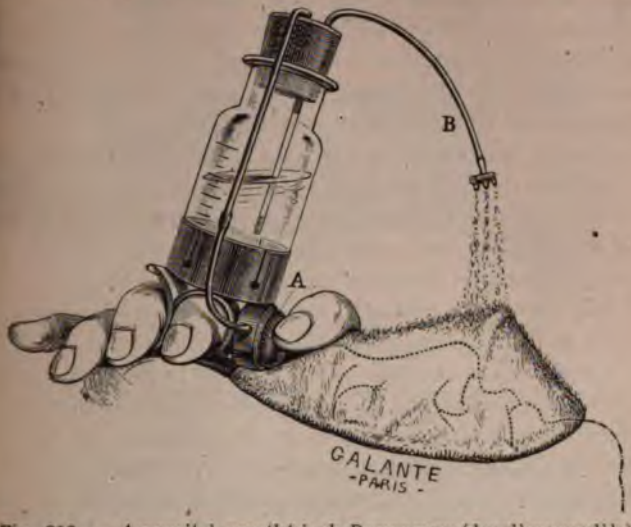


Fig. 353. — *Appareil à anesthésie de Demarquay* (deuxième modèle).

'inhalation se fait lentement, mélangée à l'air, et n'est pas excitante ur les muqueuses. L'idée de l'emploi d'un masque pour l'anesthésie 'est pas nouvelle du reste, car n la retrouve dans l'appareil e Skinner (fig. 254) (1).

Le Dr Hugues (2) a insisté sur s propriétés hypnotiques et squ'à un point anesthésiques e l'*eau de Cologne* en inhalation. es *essences* renfermées dans ette eau joueraient, selon lui, n rôle hypnotique important, ais non point parce qu'elles *mpressionnent directement la sen-ibilité olfactive*: l'action anesthé-ique de l'eau de Cologne résul-erait probablement du mé-ange de l'alcool et des essences, chacun de ces corps concourant

Fig. 354. — *Appareil de Skinner pour l'anesthésie.*

(1) Druitt, *The surgeon's vade-mecum*, London, p. 714. 1865.
(2) Hugues, *Nice médicale*, n° 2. 1876.

par ses propriétés spéciales. C'est en versant une grande qu de ce liquide sur un mouchoir appliqué sous le nez du m qu'on arriverait à produire une anesthésie semblable à cel chloroforme. Il a observé le fait chez une jeune personne sique. Nous avons expérimenté ce moyen à l'hôpital Saint-An et nous devons dire que nous n'avons remarqué aucun des que mentionne le Dr Hugues dans son Mémoire.

b. PANSEMENT DES PLAIES. — *Emploi des désinfectants.* — Les cipaux moyens dont ce chirurgien fait usage dans ses panse sont : la charpie sèche ou humide selon les cas, les compresse des, l'*alcool*, la *glycérine*, le *permanganate de potasse* (1), l'*iod* (ulcères atoniques), la *teinture d'eucalyptus*. Ce dernier panse dont il fait un emploi fréquent, n'est pas seulement agréal son odeur, et utile par ses propriétés désinfectantes, il est at nique et légèrement excitant, car il favorise le développeme bourgeons charnus. Quant à la *méthode de Lister* (pansement qué), elle ne lui paraît pas avoir de grands avantages sur les procédés mis habituellement en usage, et elle offre, au contrai tains inconvénients qu'il a signalés (2). Ainsi, dans huit opé où il a employé cette méthode (4 tumeurs de la mamelle, 2 tions, 1 tumeur parotidienne, 1 tumeur fibroplastique de l abdominale), quatre opérés eurent une hémorrhagie veineuse même, un eut une hémorrhagie artérielle, un mourut d'infect rulente : les plaies étaient atoniques, pâles et indolentes, et était de nature séreuse; l'acide phénique semble rendre plus fluide, empêcher la coagulation, favoriser les hémor primitives à la surface des plaies. De plus, d'après les exam croscopiques qu'il a faits, il a trouvé constamment dans le microzoaires, ce qui n'est pas du reste particulier à ce g pansement, car il a constaté le même phénomène dans les ments à l'alcool, à la glycérine, à la teinture d'eucalyptus, qui n'empêche pas du tout la bonne réunion des plaies. — usage aussi de l'*acide carbonique* dans la cicatrisation des p de l'*oxygène* pour arrêter et limiter la mortification dans l grènes des extrémités des membres.

d. SOLUTIONS DE CONTINUITÉ. — *Bains d'acide carbonique.* — *caoutchouc.* — MM. Demarquay et Lecomte ont cru reconna

(1) *Du permanganate de potasse comme désinfectant*, Thèse inaug. de L 1862, sous les auspices de M. Demarquay.

(2) Demarquay, Note adressée à l'*Académie des sciences*, 1874.

(3) Demarquay et Lecomte, *Cicatrisation des plaies sous l'influence carbonique* (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1859, t. XLIX,

disent MM. Gaujot et Spillmann (1), que l'acide carbonique injecté dans une plaie tendineuse sous-cutanée activait sensiblement le travail de réparation. Ils en conclurent que ce gaz, mis en contact pro-

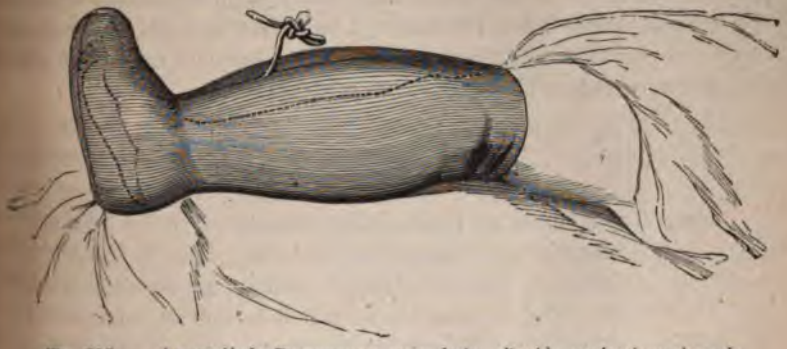


Fig. 355. — *Appareil de Demarquay pour bains d'acide carbonique dans le traitement des plaies.*

longé avec la surface des plaies tégumentaires, devait agir de la même manière. Pour maintenir les parties plongées dans une atmosphère d'acide carbonique, M. Demarquay fit construire par Gariel des sacs de caoutchouc allongés, à une seule ouverture, susceptibles de recevoir, dans leur intérieur, un membre tout entier. Le sac destiné au membre supérieur a la forme d'un long manchon ouvert seulement par en haut. Celui qui doit contenir le membre inférieur (fig. 355) ressemble à une botte. Au milieu de la face antérieure s'abouche un conduit flexible à robinet amenant l'acide carbonique qui est fourni par un appareil de Mondollot (fig. 356) ou de Fordos, placé sur une table à côté du lit. Au moyen de cet appareil, les parties affectées sont maintenues dans un bain d'acide carbonique dont la durée peut être prolongée pendant quatre à six heures ou même davantage sans aucune gêne pour le malade.

Fig. 356. — *Appareil à dégagement d'acide carbonique, de Mondollot, pour l'anesthésie locale.*

Les bains d'acide carbonique (2), expérimentés par MM. Demarquay et Lecomte dans le traitement des ulcères gangréneux, des plaies de mau-

(1) Gaujot et Spillmann, *Arsenal de la Chirurgie contemporaine.* Paris, 1867
(2) Demarquay, *Essai de pneumatologie médicale.* Paris, 1866, p. 515.

vaise nature ou compliquées de diphthérie ont été suivis de résultats satisfaisants. Suivant ces auteurs, l'action de ce gaz serait purement stimulante et modificatrice sans effet anesthésique. Quoi qu'il en soit de ces tentatives, nous pensons qu'on ne saurait accorder qu'une valeur assez restreinte à ce mode de pansement qui exige une installation spéciale et qui demande, pour être employé utilement, certaines conditions exceptionnelles.

5° AFFECTIONS KYSTIQUES.

a. KYSTES HYDATIQUES DU FOIE. — *Cautérisations larges.* — M. Demarquay repousse presque complétement la méthode des ponctions multiples aspiratrices comme méthode curative, parce qu'elle tue l'hydatide mère, et laisse persister au milieu du foie une membrane épaisse se plissant et constituant un corps étranger qui peut être ultérieurement la cause d'inflammation et d'abcès. Il a vu une seule ponction dans un kyste hydatique du foie produire la suppuration. Il préfère de beaucoup les *cautérisations successives* appliquées sur l'hypochondre, mais faites bien plus largement que ne le prescrivait Récamier ; une fois le kyste ouvert, l'orifice reste large et permet facilement l'introduction d'une grosse sonde molle et flexible par où sortent les hydatides et par où on peut répéter des lavages désinfectants, et, en particulier, des injections iodées.

b. KYSTE SANGUIN DU CORPS THYROIDE. — *Ponction.* — *Drainage.* — *Teinture d'iode.* — Si la tumeur est volumineuse, si elle détermine de la gêne, si elle n'est pas adhérente, si elle s'accroît lentement, si elle augmente toujours peu à peu de volume, et surtout si l'opération est réclamée du malade, M. Demarquay pratique une ponction avec le trocart, puis une contre-ponction et passe un drain. Il ne fait pas d'injection immédiate, et ce n'est ultérieurement que lorsque la tumeur, par une compression exercée simplement avec une bande (mais sans faire obstacle à la respiration), a diminué de volume et est en voie de suppuration, que ce chirurgien pousse dans le trajet qui persiste une injection de teinture d'iode au tiers qu'il renouvelle les jours suivants. — C'est là un moyen qui lui a réussi plusieurs fois, mais qui cependant, en raison des accidents (suppuration diffuse du cou) très-graves, sinon mortels que nous l'avons vu déterminer chez certains malades, ne nous paraît pas devoir être préconisé comme méthode générale.

c. KYSTE HORDÉIFORME DU POIGNET ET DE LA MAIN. — *Même traitement.* — Compression du kyste après l'avoir ponctionné et contre-

onctionné. Il le laisse suppurer pendant dix ou douze jours, et au out de ce temps il fait une injection de teinture d'iode, à parties gales de teinture et d'eau, tous les trois ou quatre jours. (Procédé ous paraissant dangereux.)

6° AFFECTIONS DES INTESTINS.

a. ÉTRANGLEMENT EXTERNE. — *Ponction de l'intestin sans débridement, réduction. — Opium à doses fractionnées.* — M. Demarquay 'est pas, en général, très-partisan du taxis forcé, et après un taxis odéré, s'il ne réduit pas, il pratique la kélotomie. — Il anesthésie s malades. — Après avoir ouvert le sac, s'il trouve l'intestin assez rtement distendu par du liquide et d'une coloration violette, il ne ibride pas, il ponctionne l'intestin avec le petit trocart de l'appareil Potain et aspire une certaine quantité du liquide sanguinolent de gaz; — l'anse intestinale revient alors sur elle-même (cet affaissement a même lieu quand il y a épaississement des parois intestinales), et la réduction peut alors s'effectuer. Si, après la ponction, on ne peut réduire parce que l'étranglement est trop serré, fait le débridement et se sert le plus souvent du bistouri falciforme. S'il existe de l'épiploon, il est fortement ligaturé, puis sectionné : on se contente d'appliquer un bandage compressif sans ire de point de suture. Il croit, dans ces cas, les ponctions capillaires inoffensives, et, comme d'autre part le fait du débridement i-même n'est pas si bénin qu'on veut bien le dire, il y aurait and avantage à réduire sans y avoir recours.

Ce chirurgien, après l'opération, a presque abandonné l'usage des rgatifs qui contribuent à fatiguer l'estomac déjà si épuisé par les missements réitérés, et qui provoquent du côté du tube digestif s contractions qui ne lui paraissent pas salutaires, comme l'ont pendant avancé certains auteurs.

Depuis de longues années, à l'exemple de Letenneur, de Nantes, adopte une pratique qui consiste à *substituer l'opium aux purgatifs* après l'opération de la kélotomie. Purger n'est pas indispensable du reste, à son avis, pour s'assurer du rétablissement du urs des matières. Si l'étranglement n'est pas levé, les accidents néraux auxquels il donne lieu ne manqueront pas de persister algré l'administration de l'opium, et, si l'on ne veut du reste que ovoquer une simple évacuation intestinale, il donne la préférence lavement laxatif.

Dans les cas de péritonite accompagnée de météorisme, l'opium

est encore préférable aux purgatifs, parce que, si les vomissements continuent après l'administration de ces derniers, on ne sait guère si on doit les mettre sur le compte de la purgation ou sur celui des phénomènes d'étranglement. L'opium à doses fractionnées favorise le repos des parois intestinales, ce qui est là d'un précieux effet, puisqu'on sait aujourd'hui que l'étranglement agit presque autant par le fait de l'excitation sur les nerfs intestinaux que par celui d'un obstacle mécanique.

b. ÉTRANGLEMENT INTERNE. — *Injection rectale d'acide carbonique.* — Avant d'avoir recours à l'établissement de l'anus contre nature,

Fig. 357. — *Appareil à dégagement d'acide carbonique de Fordos pour l'anesthésie locale.*

M. Demarquay emploie soit les injections d'eau dans le rectum, soit les injections d'acide carbonique (fig. 357) pratiquées avec l'appareil de Fordos qui remplit le mieux, selon lui, les conditions exigées pour l'usage de l'acide carbonique.

c. HERNIE OMBILICALE. — *Pelote de caoutchouc.* — Le petit appareil que M. Demarquay a indiqué dans le *traitement de la hernie ombil*

hez l'enfant (1) consiste dans une pelote en caoutchouc creuse
58) qui ressemble à un gros mamelon entouré de son auréole.
facile de le maintenir autour du ventre de l'enfant à l'aide d'une
de caoutchouc ou simplement avec une large bandelette de
ylon. Pour les adultes, il em-
le bandage à ressort à pelote
xe (fig. 359), pour les hernies
tibles se composant d'un res-
très-doux, prenant son point
ni en arrière, sur la colonne
orale.

Fig. 358. — *Pelote en caoutchouc remplie d'air pour hernie ombilicale* (enfant).

HERNIE OMBILICALE ÉTRANGLÉE. *de opératoire nouveau. — Incision oblique et unique.* — M. Demar- a cherché à appliquer pour cette omie si grave un mode opé- e qui a surtout pour but (2) de cesser l'étranglement *sans tou- l'intestin*, laissant celui-ci en dans ses rapports nouveaux. en quoi il consiste : au lieu ire une incision cruciale ou linéaire et d'ouvrir largement pour étudier l'état des parties, il se borne à faire une *inci-*

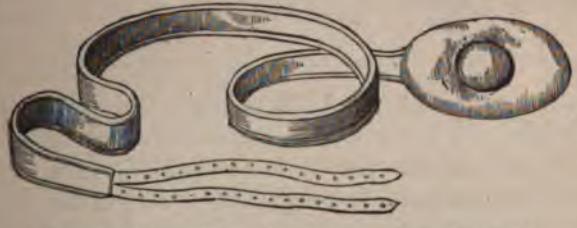


Fig. 359. — *Bandage pour la hernie ombilicale* (adulte).

oblique en bas partant de la partie moyenne de la tumeur dirigeant à gauche sur la paroi abdominale; de la sorte, e la veine ombilicale qu'on rencontre à droite, et la ligne ne si on incise sur la ligne médiane. Cette première incision

emarquay, *Traitement de la hernie ombilicale; Bull. de thérap.*, 1856, t. LI,

emarquay, *Bull. général de thérap.*, 30 octobre 1874.

ne doit intéresser que la peau. Cela fait, on incise couche par couc
le tissu cellulo-adipeux, et on arrive au niveau du pédicule du s
herniaire, puis on pratique une petite incision à la partie inférieu
du sac. L'extrémité de l'indicateur gauche est introduite par ce p
tuis : la pulpe du doigt, appuyée sur l'orifice de la hernie ombi
cale, conduit un bistouri falciforme dont le tranchant est dirigé

Fig. 360. — *Dilatateur de MM. H. Larrey et Demarquay.*

dehors sur l'anneau lui-même : on pratique une incision de 2 c
timètres au moins, l'extrémité de l'indicateur gauche conduisar
bistouri et protégeant les viscères intérieurs. Cette incision intér
la circonférence du sac herniaire dans sa partie gauche et coupe
ce point, la paroi abdominale dans toute son épaisseur, qui géné
ment n'est point considérable. On voit alors la tumeur formée p
hernie s'affaisser un peu; elle présente moins de tension. Ce d
dement n'entraîne aucun écoulement sanguin : l'opération te
née, on fait une suture entrecoupée, et on recouvre de collo
Le point capital de cette opération est de débrider largement
de lever l'étranglement et de *laisser les chairs dans les cond
où elles se trouvent*. On n'intéresse par là le sac herniaire que
une petite étendue; l'air ne pénètre pas dans la cavité abdom
et ne vient point modifier des surfaces enflammées. — Agir de l

– Un succès sur quatre opérations faites par ce procédé.

ÉCISSEMENT DU RECTUM. — *Dilatateur à trois tiges triangu-* – MM. Demarquay et H. Larrey ont proposé l'emploi d'un r formé de trois tiges (fig. 360) ires A, dont chacune offre deux nes et une troisième convexe. on de ces trois tiges, quand l'in- est fermé, représente un cône que l'on peut introduire facile- ns le rétrécissement : l'écarte- ces branches se fait par le même ne que celui du dilatateur de pour la trachéotomie. — Deux divergentes, fixées à angle droit, t les tiges latérales; quant à la rieure, elle se termine aussi par che perpendiculaire que deux rticulés B relient aux deux pre- — Ces trois tiges sont donc so- et elles s'écartent ensemble n rapproche, à l'aide de l'écrou uvrant sur un pas de vis C, les ndes branches de l'instrument. pareil est bon, mais il a le grave ient de dilater l'anus en même que le rétrécissement, ce qui pas dans le dilatateur de Néla- ésenté dans la figure ci-jointe). Un écrou A et un levier B écar- allèlement les deux branches, cela est représenté en C. Le degré de l'écartement peut être acilement.

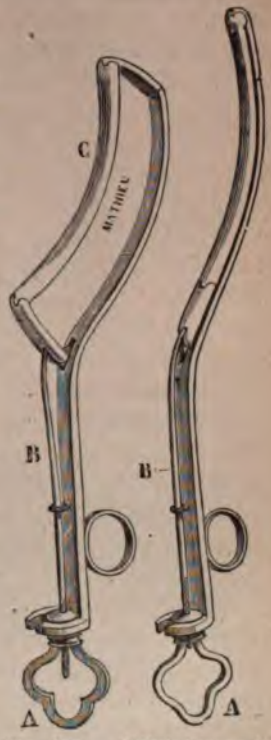


Fig. 361. — *Dilatateur rectal de Nélaton.*

TIONS DE LA FACE ET DU COU (YEUX, BOUCHE, LANGUE, LÈVRES, TRACHÉE).

TARACTE. — *Méthode de Daviel.* — Il est peu partisan de la e de Notta (centrale), car il craint, en l'employant, de voir r une cicatrice qui aurait pour effet de gêner ultérieure- vision ; il préfère le lambeau supérieur périphérique (de qui laisse une large porte par où peut sortir facilement le

cristallin. Il ne pratique presque jamais l'excision de l'iris, à moins d'indications spéciales, et n'emploie pas le procédé de de Graefe.

b. GRENOUILLETTE. — *Ponction. — Évacuation. — Injection iodée.* — M. Demarquay perfore, à l'aide d'un trocart volumineux, la poche de part en part, et, quand le liquide s'est écoulé en totalité, il passe un drain et fait une injection d'eau tiède suivie d'une autre iodée (teinture d'iode, 1/2); il malaxe la poche pendant quelques minutes et répète les matins suivants l'injection de teinture d'iode. Il fait aussi usage d'une légère compression sur la poche. Au bout de quelques jours il retire le drain quand il voit la suppuration diminuer, et la cavité finit par s'oblitérer entièrement.

c. CARCINOME DE LA LANGUE. — *Ligature des deux artères linguales.* — Lorsque la tumeur, inopérable, apporte une gêne notable à la phonation, à la mastication, à la déglutition et même aux phénomènes respiratoires, ou bien si elle est le point de départ d'hémorrhagies répétées, il pratique immédiatement la ligature de l'artère linguale des deux côtés (1). Cette double opération a pour résultat non-seulement de faire cesser l'écoulement sanguin, mais aussi d'arrêter la marche de l'affection, sinon d'en déterminer une atrophie, et produit, par conséquent, une amélioration passagère (2). Si les phénomènes de dyspnée ne se trouvent pas amoindris à la suite de cette ligature, il a recours, mais en cas d'urgence seulement, à la trachéotomie.

d. BEC-DE-LIÈVRE UNILATÉRAL. — *Procédé de Giraldès.* — M. Demarquay préfère dans bien des cas le procédé en Z de M. Giraldès, qui corrige l'encoche en augmentant la hauteur de la lèvre; il consiste à aviver la partie gauche de la lèvre (3), comme par le procédé de Clémot; ce lambeau abaissé reforme le bord libre de la lèvre: la taille du lambeau droit se fait de bas en haut; ce dernier reste donc adhérent à la partie supérieure de la lèvre près de la cloison et est destiné à border la partie inférieure de la narine en se juxtaposant sur l'incision correspondant au reste de la cloison. Il existe donc, par le fait, une espèce de mortaise constituée par le lambeau d'avivement supérieur et inférieur au milieu de laquelle se trouvent les deux portions des lèvres avivées. — Sutures métalliques. — Il débride de chaque côté et applique aussi parfois la grande érigne de Guersant traversant la partie la plus reculée de la base du nez et

(1) Demarquay, *Bullet. de la Société de chirur.* 1864.

(2) Gillette, *De la ligature atrophiante appliquée au cancer de la langue et au sarcocèle (Clinique chirurg. des hôpitaux de Paris)*, p. 176, 1877.

(3) V. le service de M. le Dr Duplay, p. 342.

est moins (fig. 362) sujette à se déplacer que les épingles; une vis ouant sur la tige taraudée A, sert à augmenter ou à diminuer la ssion exercée sur les tissus par les pointes D. Deux petits boutons C, placés à 3 millimètres des pointes, les em- hent de pénétrer trop avant dans les tissus.

Fig. 362. — *Grande érigne de Guersant.*

- RÉTRÉCISSEMENT SYPHILITIQUE DE LA TRACHÉE.

Traitement par la dilatation. — Une symptoologie précise manque presque entièrement r établir le diagnostic de rétrécissement traal : cette affection se traduit par la dyspnée l'asphyxie qui finit par réclamer la *trachéoie*, opération insuffisante, car, lorsque la syilis se manifeste dans le conduit aérien, c'est plus souvent à la partie inférieure de ce conit qu'elle a son siége : c'est là ce que déontre, entre autres observations, celle dont marquay a fait part à la Société de chirur- (1).

M. Thaon vient de faire paraître (2) un travail fort original sur *traitement des rétrécissements du larynx* et *de la trachée par la diation* : l'auteur a suivi pendant plusieurs mois la clinique de hrötter et a pu se rendre compte, *de visu*, des avantages et des sultats de cette nouvelle méthode de traitement. La forme des struments et le manuel opératoire varient selon qu'il s'agit de alades qui ont subi la trachéotomie ou de sujets non opérés.

Dans le premier cas (sujets trachéotomisés), on fait glisser au oyen d'un tube recourbé un prisme en zinc, triangulaire, à bords rondis, présentant à sa partie inférieure un petit étranglement i permettra de lafixer en place au moyen d'une pince introduite r la fistule trachéale : ce prisme est retenu à la partie supérieure r un fil solide qui, sortant par la bouche, est fixé au pavillon de reille. Dilatation progressivement croissante : les dilatateurs sont nombre de vingt-quatre, le plus petimt esure 8 millimètres d'ant en arrière, six de droite à gauche; le plus gros, 20 millimètres r 16. L'accoutumance finit par être telle, que les malades mangent passent la nuit avec l'instrumenten place. — Résultats des plus rearquables. — On a rendu la glotte normale chez un sujet après trois ois, chez quatre autres après six, treize, dix-sept et dix-huit mois. Dans le second cas, c'est-à-dire quand il n'y a pas eu trachéoto-

(1) Demarquay. *Bullet. de la Société de chirur.*, 1er décembre 1858.
(2) Thaon. *Progrès médical*, 16 septembre 1876.

mie antérieure, Schrötter emploie des sondes en caoutchouc dur de 26 centimètres de long, à extrémité triangulaire, de la forme des prismes et de calibre varié comme ceux-ci. On les introduit aisément ens'aidant du miroir laryngien, et on les laisse en place pendant quinze ou vingt minutes. Ces sondes conviennent surtout dans les cas de rétrécissement par diaphragme membraneux ou, après incision de ce diaphragme, elles agissent comme la sonde à demeure après l'uréthrotomie interne.

Pour obtenir l'anesthésie du larynx, Schrötter emploie la méthode suivante : la veille de l'opération, au soir, on commence par toucher douze fois de suite la muqueuse laryngienne avec un pinceau trempé dans du chloroforme pur : une heure après, la muqueuse étant fortement congestionnée et, partant, très-apte à l'absorption, on passe une douzaine de fois un pinceau chargé d'une solution saturée d'acétate de morphine : le lendemain, le larynx est insensible.

M. LE DOCTEUR Ed. CRUVEILHIER (1)

1° AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES (HOMME ET FEMME).

a. CANCER DE LA VERGE. — *Écrasement linéaire.* — Lorsque la dégénérescence a débuté à la base du gland ou sur l'une des faces de cet organe par des tubercules indurés qui, à mesure qu'ils ont pris du volume, se sont ulcérés et sont devenus douloureux (avec écoulement fétide et hémorrhagique), la seule ressource est l'amputation de la verge. A l'emploi de l'instrument tranchant M. Ed. Cruveilhier préfère l'écrasement linéaire, en ayant soin, avant l'opération, d'introduire une sonde dans le canal. Il ne juge pas à propos, comme Smyly l'indique, de réunir, une fois la section terminée, la muqueuse extérieure avec celle de l'ouverture de l'urèthre. En maintenant, pendant un temps assez long, la sonde dans ce canal, on peut presque toujours éviter l'atrésie consécutive de l'orifice. Il a pratiqué cette amputation à Saint-Louis sur deux malades dont l'un était un vieillard de soixante-trois ans, chez lequel le mal remontait à deux ans, occupant surtout les parties latérales du gland. Il présen-

(1) 1866, chirurgien du Bureau central; — 1867, hospice de la Salpêtrière; — 1871, hôpital Saint-Louis ; — 1875, Maison municipale de santé.

Il en même temps une masse ganglionnaire légèrement indurée dans chacune des aines, mais ce chirurgien ne l'a pas jugée de nature à contre-indiquer formellement une opération, dernière ressource pour le malade qui, du reste, la réclamait instamment.

b. RÉTENTION D'URINE. — *Ponction aspiratrice sus-pubienne.* — Lorsque cette rétention s'accompagne d'une tumeur urineuse et qu'elle a pour cause première dans une coarctation de l'urèthre, le chirurgien

Fig. 363. — *Aspirateur Potain, fonctionnant pour produire l'inspiration.*

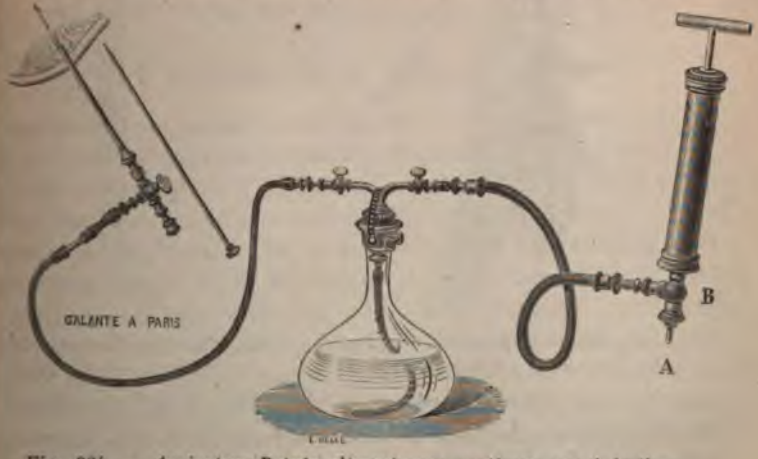


Fig. 364. — *Aspirateur Potain, disposé pour pratiquer une injection.*

l'attaque tout d'abord au rétrécissement et cherche à cathétériser, en employant, en même temps, dans le but de faire cesser l'état

congestif et spasmodique du col vésical et du canal, les bains tiè

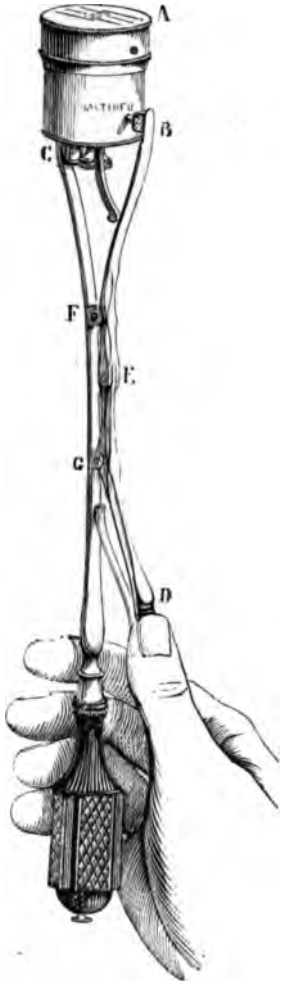


Fig. 365. — *Scarificateur de Meyer pour le col de l'utérus.*

Fig. 366. — *Scarificateur de Sc zoni pour le col de l'utér*

A, les six lames du scarificateur; B, extrémité du levier appuyant sur le bouton d'échappe C, point de fixité de l'armature du levier, ou scarificateur; F,E,G,D, continuation de la et du mécanisme du double levier qui porte le scarificateur, et au moyen duquel on partir la lame dans le fond du vagin.

les applications de sangsues au périnée, les frictions avec la po made belladonée sur l'hypogastre, les réfrigérants, etc.; s'il n'

e pas à passer la bougie la plus fine et qu'il y ait urgence à acuer l'urine accumulée dans la vessie, il rejette le cathétérisme rcé, et il donne la préférence à la ponction aspiratrice sus-pubienne atiquée avec le trocart moyen de l'appareil Potain (modèle Galante) g. 363 et 364, page 435). Il a eu recours à cette méthode chez un alade de vingt-six ans auquel il a pu faire, à des intervalles très-pprochés, quatre ponctions successives sans le moindre accident. Cette conduite lui permet de ne pas trop se presser pour rétablir continuité du canal, d'essayer de nouveau plus lentement et sans nployer aucune force, le cathétérisme avec des bougies de di-rses formes et de diverses dimensions, et d'en venir, si cela est in-spensable, soit à la boutonnière, soit à l'uréthrotomie interne.

c. MÉTRITE CHRONIQUE. — *Application de sangsues sur le col.* — Dans métrite chronique, principalement celle de la paroi postérieure corps de l'utérus, qui est souvent la conséquence de la propa-tion des lésions inflammatoires du col de cet organe au corps, Ed. Cruveilhier préfère les injections narcotiques aux astrin-ntes et fait à plusieurs reprises l'application de quelques sangsues r le col, surtout quand cet organe n'est le siége d'aucune ul-ration. On peut faire usage dans ces cas soit du scarificateur de anzoni (fig. 366) qui produit toutefois un écoulement peu abondant, t de celui de Meyer (fig. 365) bien plus compliqué, muni d'un le-r DEB qui, soulevé, permet au bouton B de lâcher la détente des nes. — Verre à ventouse allongé, appliqué sur le col.

2° AFFECTIONS DES OS ET DES ARTICULATIONS.

a. ABCÈS DOULOUREUX DES ÉPIPHYSES. — *Trépanation et saignée des* . —Leur durée est généralement très-longue, et M. Ed. Cruveilhier siste beaucoup sur l'antagonisme qui existe en pareil cas entre ntensité des symptômes locaux et le peu de développement des énomènes généraux. La douleur est extrêmement aiguë, mais il a toujours intégrité de la jointure. — M. Ed. Cruveilhier (1) admet pinion de Gerdy, qui croit que la résorption des séquestres est ès-problématique; aussi préconise-t-il la *trépanation* que Brodie ait déjà conseillée comme moyen curatif. La saignée des os augier) et la cautérisation ponctuée du tissu osseux avec les ointes de platine (Richet) ne sont, en réalité, que des moyens pal-atifs; cependant il ne rejette pas les révulsifs, et il admet en partie

(1) Édouard Cruveilhier, *Sur une forme spéciale d'abcès des os* ou *Des abcès douloureux des épiphyses*, Thèse inaug. Paris, 1865.

l'incision du périoste qui est susceptible de faire disparaître les douleurs si violentes pendant un temps plus ou moins long. Stanislas Laugier employait, pour la saignée des os et l'évacuation des abcès, le perforateur que nous avons décrit page 137. Il enlevait le foret en

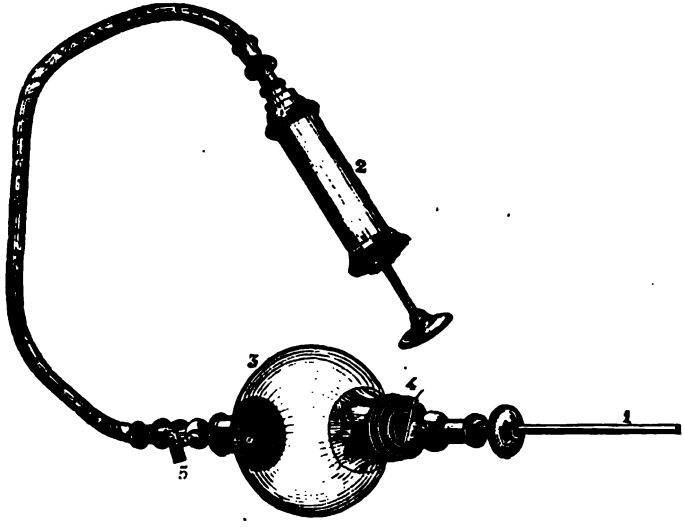


Fig. 367. — *Ballon aspirateur Laugier.*

1, mèche creuse ; 2, pompe faisant le vide ; 3, ballon ; 4, ajutage ; 5, robinet de communication.

laissant la canule en place ; puis, sur l'ajutage de cette dernière, il adaptait un ballon (fig. 367) en verre où un petit corps de pompe fait le vide.

b. LUXATION DE L'ÉPAULE (sous-caracoïdienne complète). — *Appareil de Jarvis modifié par Mathieu.* — Si la luxation, méconnue tout d'abord, date de trois mois, comme nous en avons vu un cas dans son service de Saint-Louis, chez une jeune fille de vingt-cinq ans, les *méthodes de douceur*, telles que la rotation en dehors (procédé de Lacour), ou l'élévation du bras (procédés de Mothe et de Malgaigne), sont presque toujours insuffisantes à amener un résultat ; il faut, de toute nécessité, avoir recours aux *méthodes de force :* c'est à l'appareil de Jarvis modifié qu'il donne la préférence et, en particulier, à l'appareil de Mathieu (fig. 368 et 369) dont MM. Gaujot et Spillmann fournissent la description suivante dans leur Arsenal. La partie fondamentale, c'est-à-dire la boîte à engrenage, est semblable à celle de l'appareil de Jarvis, sauf que le barillet ou pignon n'occupe pas la même place, et que l'encliquetage E servant à la détente de l'extension est situé

le bord de la boîte où il appuie directement sur la crémaillère
s l'intermédiaire d'un crochet.

En adaptant à l'appareil de Jarvis, son système de préhension ima-

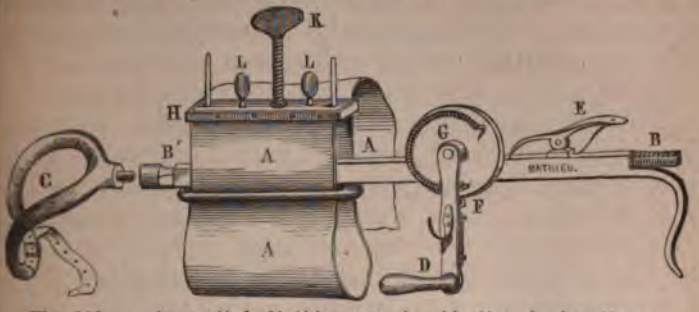


Fig. 368. — *Appareil de Mathieu pour la réduction des luxations.*

courroie de cuir servant à faire la préhension; B,B, tige à extension servant à faire la contre-extension; C, petite fourche à contre-extension; D, manivelle du dynamomètre; E, enclique-tage servant à la détente de l'extension; F, disque d'acier du dynamomètre; G, ressort à boudin; H, plateau métallique situé sur le côté supérieur de la boîte; K, vis qui sert remonter le plateau; L,L, petites vis.

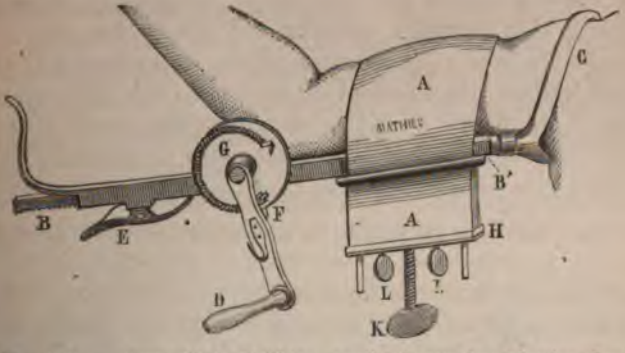


Fig. 369. — *Appareil de Mathieu, appliqué pour la réduction d'une luxation de l'épaule.*

né pour la pince à réduction des phalanges, Mathieu a apporté
autres changements dans la disposition de l'instrument. Il a sup-
imé la tige de contre-extension devenue inutile, et il se sert de la
ge à extension de Jarvis BB' pour faire la contre-extension. Quant
'extension, il l'exécute par un système de préhension placé sur la
ôte elle-même. Ce mode de préhension consiste en une forte cour-
ie de cuir A, large de 0m,15 dont l'un des chefs est fixé au bord d'un
ateau métallique H, situé sur le côté supérieur de la boîte, tandis que
utre chef s'engage dans une fente pratiquée parallèlement dans le

bord opposé du plateau. Ce plateau allongé, qui peut être remo par une vis K semblable à celle des tourniquets, entraîne les ch de la courroie et rétrécit de la sorte la largeur de l'anse formée p celle-ci. Le chef libre est fixé au plateau mobile ou moyen d'u pièce ajustée et de deux petites vis L, L. Le membre étant engagé d l'anse de la courroie, entre elle et le plateau disposé sous le bord in férieur de la boîte, on procède à l'ajustement de la courroie. On fix son bord libre au moyen de petites vis et de la pièce mobile du pla teau supérieur. Cela fait, il suffit de tourner la grande vis à pas K pour éloigner le second plateau du premier et tendre ainsi l'an de la courroie qui étreint le membre sur une large surface.

Les pièces servant à la contre-extension ont été réduites à deux, une fourche C pour l'aisselle, hanche, ou bras, munie de courroies, — dynamomètre ajusté à la manivelle qui fait tourner le pignon.

En résumé, mécanisme produisant l'extension et la contre-extension et donnant en même temps la connaissance du degré de force employée. — Pour empêcher le malade de gêner la manœuvre et de prendre, malgré lui, un point d'appui sur un plan résistant, il le fait coucher et met, par l'anesthésie, les muscles dans la résolution la plus complète. Avec cet appareil qui fait de lui-même l'*extension* du bras et la *contre-extension* au niveau de l'aisselle, on peut exercer les tractions d'une façon lente mais surtout régulière et continue : quand le chirurgien juge, par le nombre de kilogrammes accusés par le dynamomètre et aussi par le degré de tension de la peau du bras et de l'épaule, qu'il peut être dangereux

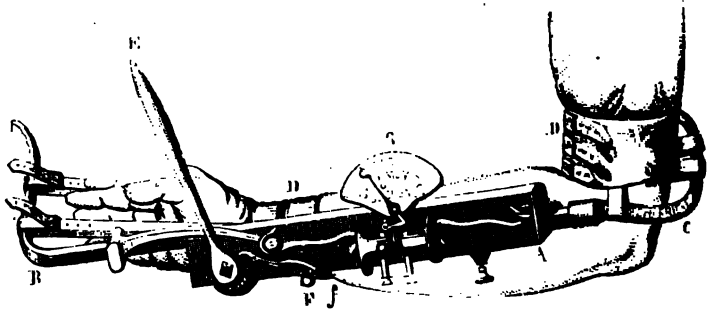


Fig. 310. — *Appareil de Jarvis, avec addition du dynamomètre de Duchenne (de Boulogne), par A. Nélaton.*

de dépasser ces limites, il fait cesser subitement l'extension, grâc au mécanisme ingénieux du crochet annexé à cet appareil, et e même temps il ordonne de porter brusquement le bras dans la r

tion en dedans, pendant qu'il cherche lui-même à procéder à la captation. M. Ed. Cruveilhier ne croit pas prudent, en moyenne, de dépasser 110 kilogrammes.

Il emploie également l'appareil Jarvis auquel Nélaton a ajouté le dynamomètre de Duchenne (de Boulogne), (fig. 370) dont les extrémités du ressort sont reliées, par l'intermédiaire de deux ∞ métalliques, à des boutons rivés sur les tiges d'extension et de contre-extension. Par cette disposition, l'aiguille du dynamomètre, placée au centre contre la boîte à engrenage, s'élève en raison de l'écartement des tiges et, par conséquent, indique avec certitude le degré de traction.

3° AFFECTIONS DE L'ANUS ET DU RECTUM.

a. VÉGÉTATIONS ANALES. — *Cautérisation avec l'acide chromique.* — Je pense, comme la plupart des chirurgiens, que ces végétations sessiles ou pédiculées, aplaties ou mamelonnées, ne sont pas sous la dépendance du virus syphilitique ; aussi ne les croit-il pas justiciables d'un traitement interne approprié. — Il faut les détruire localement, mais d'une façon radicale, car, s'il en reste une, quelque petite qu'elle soit, elle devient le point de départ de nouvelles végétations qui repullulent sans cesse. Il n'a pas recours d'emblée à l'excision, à l'aide de ciseaux courbes, suivie ou non de cautérisation avec le perchlorure de fer toujours mêlé à l'eau. Il préfère employer un moyen plus doux et bien souvent efficace, tel que la cautérisation avec l'*acide chromique* pur, qui, appliqué sur les petites masses, en ayant soin de protéger les parties saines, les momifie et en détermine la chute. — Ce caustique est bien moins douloureux que l'acide nitrique, le nitrate acide de mercure, et est moins susceptible d'occasionner une inflammation de voisinage. — Si l'on échoue par ce moyen, on est toujours à même de recourir à l'opération sanglante.

b. ÉPITHÉLIOMA DU RECTUM. — *Rectotomie linéaire.* — M. Ed. Cruveilhier emploie le galvano ou le thermo-cautère chauffé au rouge sombre et combiné avec un ou deux écraseurs linéaires, comme nous l'avons déjà indiqué pour les services de M. Verneuil et de M. L. Labbé.

4° AFFECTIONS DES VAISSEAUX.

a. TUMEUR ÉRECTILE VEINEUSE DU COU. — *Cautère actuel.* — Dans les cas de tumeurs érectiles sous-cutanées ou veineuses étendues,

M. Cruveilhier n'attaque que successivement les divers départements du produit morbide. Il commence par les points où la vascularisation est plus prononcée, et, comme en pareil cas, il n'est pas facile de limiter l'action d'un caustique comme le perchlorure de fer dont l'injection au cou peut être suivie d'accidents graves (gangrène, embolie, etc.), il préfère se servir des cautères en bec d'oiseau chauffés au rouge qui, enfoncés profondément dans la masse, coagulent le sang par place et déterminent une inflammation, adhésive dans certains endroits, suppurative dans d'autres, qui est le point de départ d'une guérison radicale. Le jet de sang, qui s'écoule parfois par l'ouverture du cautère, s'arrête facilement par une compression soutenue jusqu'à la formation d'un caillot sanguin.

b. PLAIE DE LA RADIALE. — *Section complète. — Ligature des deux bouts.* — Le mieux, sans contredit, est de lier, si l'on peut, les deux bouts du vaisseau sectionné, au niveau même de la plaie. Si l'un des bouts échappe aux recherches minutieuses en raison du sang infiltré dans les parties molles qui en sont teintes et toutes de la même couleur, il faut essuyer vivement la plaie et saisir avec une *pince hémostatique* tous les tissus d'où l'on voit sortir le liquide. Si l'écoulement ne se reproduit pas, on laisse la pince en place pendant un temps suffisant à la formation du caillot. Si, au moment où on l'enlève, l'hémorrhagie se reproduit, il faut débrider au point même d'où émerge le sang, et, si on échoue dans cette nouvelle tentative, on fera une incision au-dessus ou au-dessous de la blessure, suivant le bout auquel on a affaire, et on ira à la recherche du vaisseau en se laissant guider par les notions anatomiques.

5° AFFECTIONS DES LÈVRES ET DES FOSSES NASALES.

a. ÉPITHÉLIOMA DE LA COMMISSURE LABIALE. — *Ablation — Autoplastie par glissement.* — M. Ed. Cruveilhier préfère l'emploi de l'instrument tranchant. Il enlève toute la partie malade, puis il se contente de faire une incision profonde dirigée en bas et en dehors, depuis la lèvre jusqu'au bord inférieur du maxillaire, ce qui lui permet d'obtenir une autoplastie par glissement; il réunit avec des épingles (suture entortillée). — Du côté du menton, les lèvres de la plaie ne se réunissent pas d'une façon complète; mais ce n'est pas un grave inconvénient. S'il survient un commencement d'hémorrhagie, il est facile de s'en rendre maître en appliquant une éponge sèche au niveau de la commissure saignante. — L'opération pratiquée de cette façon

ne donne lieu, en raison de l'incision unique qui a été pratiquée, ni à des délabrements ni à des difformités considérables.

b. POLYPE NASO-PHARYNGIEN. — *Méthode ostéo-plastique d'Ollier.* — M. Ed. Cruveilhier vient de présenter à la Société de chirurgie un jeune homme de dix-sept ans chez lequel il a pratiqué avec succès la mé-

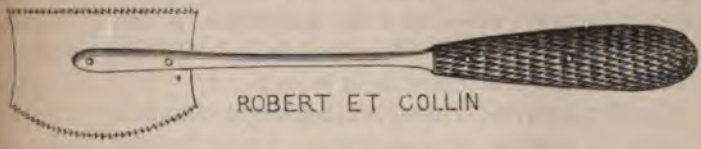


Fig. 371. — *Scie en crête de coq.*

thode d'Ollier pour un polype naso-pharyngien volumineux. Ce procédé fort ingénieux, mais qui n'est en quelque sorte qu'un dérivé de celui de M. Chassaignac, consiste à faire une incision en forme de fer à cheval partant du point le plus reculé du contour supérieur de l'aile du nez, remontant en haut vers le point le plus

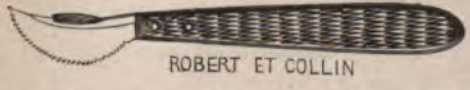


Fig. 372. — *Scie convexe à plaque dorsale formant point d'appui.*

élevé de la racine et descendant par une voie analogue jusqu'au même point de l'aile du nez du côté opposé. Une scie à lame fine en crête de coq sectionne de haut en bas, et dans le sens de l'incision des parties molles, les os propres du nez (fig. 371 et 372).

Tout le nez, avec sa charpente, est ensuite abaissé en masse en achevant de le détacher par quelques coups de ciseaux portés sur la cloison et l'aile du nez. Une fois le polype à découvert, le chirurgien l'attire à l'aide d'une forte pince de Museux, en fait la torsion ou bien le détache à sa base soit avec des ciseaux courbes, soit avec le bistouri. L'écoulement sanguin qui, au moment même où le polype est enlevé, est parfois très-intense, s'arrête généralement de lui-même sans avoir besoin de nécessiter l'intervention du cautère actuel. L'opération terminée, le nez est relevé, mis en place et maintenu par l'apposition de quelques fils métalliques. Chez le malade de M. Ed. Cruveilhier le passage de la colonne d'air par les fosses nasales ne paraissait pas sensiblement entravé.

(1) Edouard Cruveilhier, *Bullet. de la Société de chirur.*, mars 1877.

6° AFFECTIONS NERVEUSES.

TÉTANOS. — *Injection de chloral dans les veines.* — A propos d'une malade chez laquelle il a employé sans succès la méthode de Oré (de Bordeaux) (1), M. Ed. Cruveilhier (2) a relaté quatre moyens dont les trois premiers exposent à des phlegmons, à des écoulements sanguins, à l'injection du chloral dans le tissu cellulaire, savoir:

Ponction sans dénudation de la veine ;

Ponction à travers la paroi préalablement dénudée ;

Arrêt du sang par la bande à saignée, ponction de la veine et introduction de la canule dans l'ouverture ;

Incision d'une partie de la paroi de la veine, préalablement chargée sur un stylet.

C'est à ce dernier procédé qu'il s'arrête.

A la dose de Oré (solut. de 9 grammes de chloral pour 10 grammes d'eau), il a eu des coagulations extra-veineuses plus ou moins étendues. — Il admet, au contraire, l'innocuité complète de la solution à un cinquième.

M. LE DOCTEUR MARC SÉE (3)

1° AFFECTIONS DES OS ET DES ARTICULATIONS.

a. COXALGIE. — *Appareil ouaté inamovible, silicaté.* — C'est surtout l'*immobilisation* que M. Marc Sée met en usage au commencement, sans attendre même qu'une déviation plus ou moins prononcée du bassin se manifeste. Cette immobilisation a pour but, surtout, de triompher de la contraction musculaire qui, par son action incessante, est une des causes principales des désordres secondaires qui s'observent dans cette maladie.

Dans l'application de l'appareil il fait souvent usage du chloro-

(1) Oré. *Le chloral.* Paris, 1877.

(2) Edouard Cruveilhier, *Bullet. de la Société de chirur.*, 1er avril 1874.

(3) 1866, chirurgien du Bureau central ; — 1867, hospice de Bicêtre ; — hôpital du Midi ; — 1872, hôpital Sainte-Eugénie ; — 1875, Maison municipale de santé.

me, ce qui permet de placer le membre dans une position plus
nvenable et d'étendre plus facilement les muscles contracturés.
La gouttière de Bonnet donne certainement des résultats mer-
illeux; elle n'a qu'un inconvénient, c'est d'être d'un prix trop
evé.

Il emploie surtout l'*appareil silicaté* (carton-ouate) et le laisse ap-
iqué de deux mois et demi à trois mois environ. Cet appareil permet
transporter l'enfant d'un lieu dans un autre, sans faire éprouver
membre affecté des ébranlements douloureux. Pour soulager le
etit malade et dans un but de propreté, il fait retirer, pendant cet
ntervalle, deux ou trois fois l'appareil, laisse reposer l'enfant un
our ou deux, et le réapplique à nouveau. S'il survient des abcès
éri-articulaires, il ne les ouvre que le plus tard possible, de peur
es accidents qu'entraînerait une suppuration prolongée. Il se sert,
our faire l'ouverture de la poche, soit de l'aspiration (qui ne réus-
it pas en général d'une façon complète en raison des grumeaux
xistant dans le pus), soit de la simple ponction, soit plus volontiers
u trocart : il ménage des ouvertures à l'appareil pour pouvoir
aire dans ces abcès des injections détersives (injections iodées). Le
raitement général doit être donné concomitamment pendant un
emps très-long. Nous avons observé dans son service un enfant at-
eint de double coxalgie, et chez lequel cet appareil ouaté silicaté,
omprenant les deux membres inférieurs et le bassin, était parfai-
ment supporté et avait déterminé très-rapidement une sédation
ans les douleurs articulaires.

Appareil de Bonnet. — *Appareil de Guersant.* — Dans le traite-
ent de cette affection, ce chirurgien emploie aussi pour assurer
immobilité et la position régulière du bassin et du tronc, soit
appareil de Bonnet qui embrasse tout le tronc sauf la face an-
érieure, et qui permet au malade de se soutenir lui-même, soit
elui de Guersant (fig. 373, 374, 375), composé de deux attelles en
ois placées le long de la face externe de chaque membre. Ces
telles présentent trois mortaises, l'une supérieure servant à fixer le
andage de corps, les deux autres fixant les membres par des cra-
tes au niveau des genoux et des malléoles ; une traverse en bois
xe les attelles inférieurement.

b. FRACTURE DE L'HUMÉRUS. — *Gouttière en carton.* — *Ouate.* —
a réduction n'offre pas de difficulté, mais le traitement ne doit
as consister dans la position seule, à cause de l'indocilité des petits
alades et des phénomènes convulsifs, qu'il n'est pas rare de voir
urvenir chez eux. Il applique immédiatement un appareil peu

serré, emploie souvent la gouttière de fil de fer d'après le sy
de Mayor (fig. 376), mais préfère immobiliser les fragments à
d'une *gouttière de carton* qui
la partie postérieure du m
enveloppé préalablement da
couche épaisse d'ouate. L'
bras est maintenu fléchi sur
pendant toute la durée de
solidation. On doit surtout
d'exercer une compression
gique sur la face interne du m
où se trouve le paquet vascu
veux.

c. TUMEUR BLANCHE DU GE
Immobilisation. — Teinture
— Gouttière plâtrée. — Con
piques appliqués sur l'artic

Fig. 373. — *Appareil de Guersant pour le traitement de la coxalgie.*

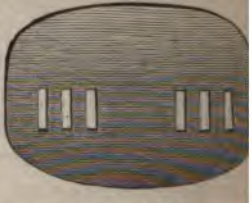


Fig. 374. — *Appareil de Guersan coxalgie. (Traverse unissant attelles.)*

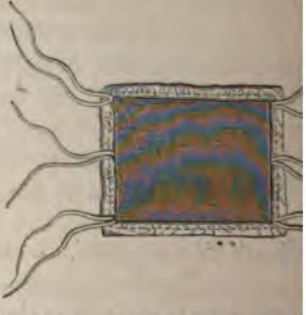


Fig. 375. — *Appareil de Guersan coxalgie. (Une des deux pièce bles formant le bandage de cor*

il n'accorde guère une certaine confiance qu'à la teinture d'iode pure. Il condamne tout d'abord le malade au repos le plus absolu

Fig. 376. — *Gouttière de fil de fer d'après le système de Mayor pour le membre supérieur.*

et place le membre dans un appareil immobilisateur simple constitué par la gouttière de Bonnet (fig. 377), ou bien simple-

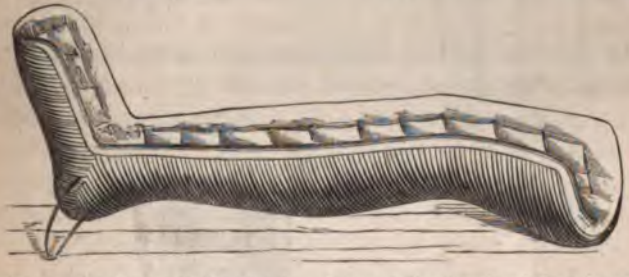


Fig. 377. — *Gouttière de Bonnet pour l'immobilisation du pied et du genou.*

ment par une *gouttière plâtrée*, ouatée. Un peu plus tard, pour permettre la locomotion et éviter l'épuisement qui résulterait d'un séjour trop prolongé au lit, il immobilise encore le membre dans un appareil plâtré ou silicaté.

Traitement général : huile de foie de morue, phosphate de chaux. Si la tumeur blanche suit une marche trop lente, il a recours à certains révulsifs locaux et surtout à la cautérisation avec le fer rouge.

d. VALGUS. — *Appareil, puis ténotomie.* — M. Marc Sée commence, sans avoir recours à aucune section tendineuse, par appliquer un appareil (attelles, ouate, plâtre ou silicate) qui reporte avec persévérance le pied en dedans en combattant l'action des péroniers : ce

n'est qu'au bout d'un certain temps et lorsqu'il n'a pu corriger difformité, qu'il en vient à la ténotomie (tendon d'Achille et

Fig. 378. — *Appareil mécanique de Bonnet pour la contention du pied.*

Fig. 379. — *Appareil à res Rouvier pour la contenti pied bot pendant la marc*

long et court péroniers). Immédiatement après la section t neuse, il réapplique un nouvel appareil (gutta-percha ou pl

Fig. 380. — *Appareil de gutta-percha pour le redressement des pieds bots.*

(fig. 380). L'appareil mécanique contentif du pied de Bonne

rait aussi un des plus simples (fig. 378) et des plus commodes à
ployer. Il se compose d'une bottine solide lacée en avant et
urvue d'un étrier métallique rivé transversalement dans l'épais-
ur de la semelle en avant du talon ; l'étrier supporte deux tiges
acier s'élevant le long de la jambe et assujetties en haut par une
brasse de cuir matelassé. L'appareil à ressort de Bouvier (fig. 379),
nt la pelote B, supportée à l'extrémité du montant interne, appuie
r la face interne du genou, remplit également les mêmes condi-
ons et est même préférable dans certains cas. Il insiste avec
ison sur un fait étiologique qui doit modifier singulièrement
mode d'intervention chirurgicale ; je veux parler des phéno-
ènes convulsifs si fréquents dans l'enfance et qui peuvent, s'ils
répètent, déterminer des paralysies plus ou moins complètes
onnant lieu accidentellement à certains pieds bots ; la temporisa-
on, aidée d'un simple appareil plaçant le pied dans la rectitude
ormale, suffit souvent, en ce cas, pour amener la guérison ; mais si,
ur l'absence d'équilibre, la rétraction des muscles persiste et avec
le la difformité, il est nécessaire d'en venir à une thérapeutique
ellement chirurgicale (ténotomie) qui ne donne cependant pas
oujours un résultat irréprochable, bien qu'on prenne la précaution
e faire porter un appareil prothétique ou celui que nous avons in-
iqué ci-dessus pendant un temps beaucoup plus long. M. de Saint-
ermain dit qu'au troisième degré du pied bot, il faut faire la section
e l'aponévrose plantaire pour dérouler le pied et sectionner en-
uite le tendon. M. Marc Sée suit une pratique inverse et obtient
resque toujours un déroulement notable du pied par la section du
ndon d'Achille. Dans trois ou quatre cas seulement, il a été dans la
écessité, après plusieurs mois, de faire la section de l'aponévrose
antaire. Il n'a eu aucun accident à la suite de cette opération,
ais il a conservé cependant une certaine répugnance à couper
ponévrose à cause du voisinage des artères plantaires dont les
pports sont assez variables.

e. GENU-VALGUM. — *Prothèse.* — On ne doit avoir recours à la
éthode de Delore que dans les cas tout à fait rebelles, et il faut
ut d'abord essayer la prothèse avant de se décider à opérer. De-
is que M. Marc Sée a fait partie de la commission des bandages
appareils au Bureau Central, il n'a pas perdu toute confiance dans
mploi des appareils : c'est encore à l'appareil mécanique inflexible
Bonnet qu'il a recours (fig. 381). Cet appareil tient le membre
ns l'extension complète, et, afin de soustraire le genou à la pres-
on transmise par le poids du corps, le tuteur est constitué, à sa

partie supérieure, par un cuissard semblable à ceux des membres artificiels, de manière à prendre un point d'appui sous l'ischion. Il a vu des enfants redressés en un an, dix-huit mois : il conseille donc de commencer par ces moyens doux, d'autant mieux que, sans douter de l'efficacité de l'opération de Delore, il ne la regarde pas comme toujours inoffensive.

Fig. 381. — *Appareil mécanique inflexible de Bonnet pour la contention du genou.*

f. ARTHRITE SUPPURÉE DU GENOU. — *Amputation de la cuisse.* — *Modification de la méthode circulaire.* — Si l'arthrite s'accompagne de carie et de nécrose des extrémités articulaires, et a donné lieu à une suppuration décollant les masses musculaires et remontant à une hauteur considérable, il préfère l'amputation de la cuisse à la résection du genou, parce qu'en pratiquant cette dernière opération on est obligé de remonter sur le squelette au-dessus des cartilages épiphysaires, ce qui nécessairement déterminerait plus tard un arrêt dans le développement osseux et dans la longueur du membre.

Chloroformisation. — Il adopte la méthode circulaire, mais il l'a modifiée dans le temps qui consiste à sectionner les parties profondes. La section et la dissection de la peau étant effectuées, il tranche toutes les masses musculaires d'un seul coup de couteau et les fait rétracter fortement; alors, au lieu de décrire au milieu des muscles le cône classique, il décrit de chaque côté et dans leur profondeur une incision verticale de 4 à 5 centimètres, qui, divisant les masses charnues, intéresse le périoste jusqu'à l'os, puis à l'aide d'un instrument mousse il détache dans toute la circonférence et relève cette membrane fibreuse avec les muscles qui y prennent insertion.

Par ce moyen, la rétraction est moindre, les muscles profonds restant à leur place respective et matelassant le moignon aussi que possible. Pansement ouaté.

A l'hôpital Sainte-Eugénie les enfants, immédiatement l'opération terminée, sont pris par un infirmier et transportés sur les bras jusqu'à leur lit : on ne fait pas, à ce qu'il paraît, usage de brancards : c'est là une coutume déplorable, préjudiciable aux malades, surtout à ceux qui viennent de subir une amputation, et contre laquelle nous nous élevons énergiquement.

M. Marc Sée fait également usage de la *méthode hémostatique d'Esmarch*, et il emploie à cet effet, de préférence à la bande élastique ordinaire, celle qui est feutrée, qui se relâche moins facilement et comprime mieux les tissus. Chez l'enfant qui a été amputée par M. Sée, l'hémostase produite par l'application de la bande d'Esmarck a été complète, et la plaie n'a pas fourni une goutte de sang pendant l'opération ; mais c'est justement cet état exsangue de la surface cruentée qui n'a pas permis de procéder aux ligatures (sauf des plus volumineuses) sans enlever le boudin compresseur : or, à ce moment, l'hémorrhagie a eu lieu, et le malade a perdu presque autant de sang que si on n'avait pas employé cette méthode : c'est, en effet, ce qui se présente chez bien des malades ; on est émerveillé tout d'abord de la facilité avec laquelle on conduit une opération qui s'exécute absolument, comme si on était sur le cadavre ; mais, lorsque on est obligé en retirant la compression pour lier les vaisseaux de faire perdre au malade le bénéfice de ce procédé, c'est là, à notre avis, un grand inconvénient, et peut-être vaudrait-il mieux, à l'exemple du Dr Mollière, de Lyon, ne pas s'évertuer à produire une hémostase absolue, mais se contenter de ralentir la circulation, ce qui permettrait au chirurgien de trouver les vaisseaux coupés plus facilement et avec plus de rapidité.

g. AFFECTIONS DE LA CUISSE OU DE LA RANCHE. — *Emploi du pelvi-*

Fig. 382. — *Pelvi-support contre-extenseur du docteur Cusco.*

support de Cusco. — Pour faciliter l'application des appareils dans

le traitement des fractures du fémur, ou des diverses affections pouvant atteindre l'articulation coxo-fémorale, M. Sée fait usage du pelvi-support extenseur de Cusco (fig. 382, 383). Des coussins épais ayant été disposés sous le thorax et sous la tête, on glisse une

Fig. 383. — *Position du malade sur le pelvi-support du docteur Cusco.*

planche au niveau du bassin, et sur cette planche on glisse le pelvi-support en poussant la tige verticale entre les cuisses jusqu'au contact du périnée : l'anneau horizontal correspond alors à la région sacro-coccygienne, on peut alors facilement appliquer les bandages dextrinés ou silicatés, construire toute espèce d'appareil plâtré et immobiliser parfaitement la hanche et les membres inférieurs.

2° PLAIES ET FRACTURES COMPLIQUÉES.

PLAIES. — FRACTURES AVEC PLAIES. — *Pansement à l'alcool. — Appareil à irrigation continue d'alcool.* — M. Marc Sée a obtenu de très-heureux résultats par les alcooliques dans le traitement des solutions de continuité de diverses natures. Depuis les travaux de Batailhé (1), de Nélaton, de de Gaulejac (2), et de bien d'autres, ce mode de pansement occupe une place considérable dans la thérapeutique chirurgicale. M. Marc Sée ne compte pas toujours sur l'alcool pour la réunion immédiate des plaies, et il croit que M. Batailhé s'est peut-être exagéré l'action de ce topique. Il prévient, selon lui, les accidents des plaies, contribue à arrêter l'hémorrhagie des petits vaisseaux dont il crispe les parois ; il entretient la fraîcheur et la propreté, donne aux tissus un bel aspect de vitalité ; mais il n'accélère pas la cica-

(1) Batailhé, *De l'alcool et des composés alcooliques en chirurgie.*
(2) Nélaton *in* de Gaulejac, *Du pansement des plaies par l'alcool*, Th. inaug. Paris, 1864.

trisation, comme l'ont avancé plusieurs observateurs. Le pansement alcoolique retarderait plutôt la formation des bourgeons charnus (1) : au lieu d'être fongueux, mollasses, les bourgeons qui se développent sont petits, séreux, coniques, ont une coloration d'un rose vif et sont propres à la guérison des plaies : en un mot, ils sont en médiocre quantité, mais, en revanche, ils sont de très-bonne qualité. Tant qu'il y a certains accidents à craindre, surtout pour les fractures compliquées, M. Marc Sée applique le pansement à alcool ; mais, lorsqu'il veut accélérer la cicatrisation, il le laisse de côté et préfère le pansement simple.

Il emploie surtout l'alcool rectifié à 30 degrés pur et quelquefois, suivant les indications, mélangé d'eau : il ne se sert pas de l'alcool camphré.

L'*appareil à irrigation continue d'alcool*, qu'il a imaginé et présenté à l'Académie il y a sept ans, a le grand avantage, sur les autres méthodes d'application de l'alcool, de régulariser et de graduer l'irrigation et de la maintenir continue.

Voici les différentes pièces dont se compose cet appareil à la fois simple et ingénieux :

1° *Flacon en verre* (1 litre) suspendu de façon à ce que le goulot se trouve renversé en bas ;

2° *Tube en caoutchouc*, d'une longueur de 2 mètres environ conduisant le liquide et vissé au goulot au moyen d'une monture en cuivre ;

3° Ce tube se bifurque au niveau de son extrémité libre, et à chacune des branches de bifurcation se trouve annexé un petit *robinet* qui permet de régler la quantité d'alcool qu'on veut laisser couler sur la plaie ;

4° Chacun de ces petits tubes secondaires se termine par une petite boule en cuivre percée à son centre d'un trou de la grosseur d'une fine aiguille ;

6° Pour favoriser la descente du liquide et augmenter la pression à la surface de ce dernier, un *tube de fer* pénètre jusqu'au fond du flacon.

Dans tous les traumatismes graves nécessitant un séjour prolongé au lit, M. Marc Sée fait usage du *matelas hydrostatique* (fig. 384) dont les dimensions sont telles, qu'il peut être placé sur une couchette quelconque et dont la capacité est d'environ 60 litres. — Il les pré-

(1) Segogne, *Emploi de l'alcool dans le pansement des fractures compliquées de plaies*, Thèse inaug. Paris, 1867.

fère à tous les systèmes de lits mécaniques dont nous donnons trois spécimens (fig. 385, 386 et 387); les appareils hydrostatiques sont

Fig. 384. — *Matelas hydrostatique du docteur Demarquay.*

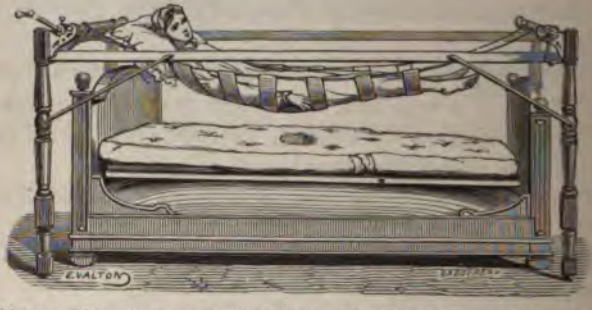


Fig. 385. — *Lit mécanique de Rabiot (modèle Gellé). Hamac à sangles pour soulever le malade.*

Fig. 386. — *Lit mécanique de Gros. Chevet articulé à tourillon.*

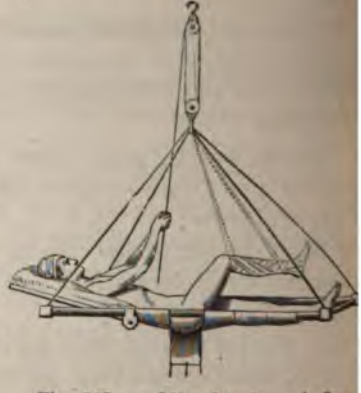


Fig. 387. — *Lit mécanique de Gros. Cadre à sangles mobiles, soulevé à l'aide de la moufle.*

propres à éloigner la formation des eschares et à atténuer les dan gers qui peuvent en résulter.

3° AFFECTIONS DE L'ŒIL ET DU SAC LACRYMO-NASAL.

FISTULE LACRYMALE. — *Flèche de chlorure de zinc.* — Supprimer uppuration du sac en remplaçant par une membrane cicatri- le la muqueuse altérée de ce conduit, tel est le principe général lequel se fonde ce chirurgien pour préconiser comme traite- nt de la fistule lacrymale la *cautérisation* à l'aide d'une flèche pâte de Canquoin dans l'intérieur du trajet fistuleux. En effet, aut, d'après les nombreux faits cliniques connus, renoncer à ire que la guérison s'effectue toujours, dans cette maladie, ce que le conduit est redevenu perméable. Chez un grand nbre de personnes atteintes de cette infirmité et où la di- tion a été suivie de succès, la désobstruction ne persiste pas, anal se rétrécit à nouveau, ce qui prouve l'impossibilité de faire miner une injection dans les voies lacrymales; mais la guérison n a pas moins lieu d'une façon générale. Lorsqu'un sac lacry- l s'est rétréci et obstrué, il se rétrécit et s'obstrue toujours. us ne devons pas, par conséquent, dans le traitement de cette ction et dans la majorité des cas, adopter cette idée que l'*indi- on à remplir dans le traitement de la fistule lacrymale est de désob- er le canal.* Ce qui est le point capital, au contraire, est de rcher soit à modifier la muqueuse par des injections et à y pro- uer une inflammation substitutive, si on a affaire à un simple rrhe du sac, soit plutôt à en *favoriser l'obstruction*, c'est-à-dire venir à la cautérisation remise en vigueur par L. Nannoni, puis gée en méthode par Delpech.

Pour détruire cette membrane muqueuse du sac, ou au moins

Fig. 388. — *Porte-caustique de Desmarres.*

r la remplacer par une surface moins sécrétante et très-proba- ment de nature cicatricielle, c'est à la cautérisation que l'on doit

s'adresser. M. Desmarres, comme on sait, emploie (fig. 389) le fer rouge (cautère en bec d'oiseau), ou bien pratique la cautérisation au moyen d'une sonde creuse qu'il porte dans le canal nasal (fig. 388) par une ouverture faite au sac : cette sonde, graduée afin que l'o-

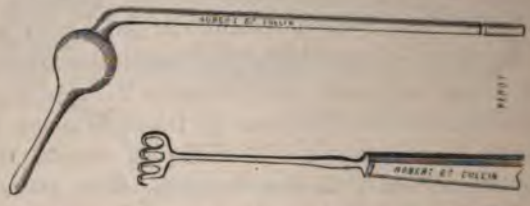


Fig. 389. — 1. *Instrument de Desmarres pour la cautérisation des voies lacrymales.* — 2. *Erigne en râteau à pointes mousses pour écarter les lèvres de la plaie du sac lacrymal.*

pérateur puisse préciser à quelle profondeur se trouve le rétrécissement, donne passage à un porte-caustique gradué aussi, dont la cuvette est remplie de nitrate d'argent; M. Gosselin donne la préférence au beurre d'antimoine dont Magne avait déjà fait usage en pareille circonstance (1). Follin faisait usage du chlorure de zinc, et c'est également ce caustique qu'emploie M. Marc Sée, parce qu'il lui paraît être doué d'une puissance bourgeonnante très-grande qu'il imprime aux parois du sac; en second lieu, parce qu'il est d'une grande facilité dans son mode d'application, enfin parce qu'il met peut-être plus à l'abri d'accidents et de récidives que les autres méthodes.

b. KÉRATITE. — *Laudanum.* — *Atropine.* — *Sulfate de soude.* — *Compression.* — D'une façon générale les moyens thérapeutiques varient suivant l'espèce d'inflammation à laquelle le chirurgien a affaire et surtout suivant la cause le plus souvent générale qui l'entretient. Une précaution qui est indispensable est de soustraire l'œil à la lumière : M. Marc Sée y satisfait en établissant sur les paupières fermées une *légère compression* avec l'ouate; avant de faire cette compression, il instille dans l'œil deux ou trois gouttes de *laudanum* dont l'absorption incessante à la surface de la cornée détermine une modification heureuse dans les opacités récentes de cette membrane, et aide à la résorption des granulations. Il n'a pas recours aux cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent, mais il se sert, surtout si c'est la conjonctivite qui prédomine, de quelques

(1) Magne, *De la cure radicale de la tumeur et de la fistule du sac lacrymal* (*Un. médic.*, 3 février 1857).

gouttes du collyre au sulfate de zinc (10 c. p. 30) additionné ou non de sulfate neutre d'atropine. Ce traitement doit se continuer pendant plusieurs jours, et M. Marc Sée lui associe généralement les frictions péri-orbitaires avec la pommade belladonée. Révulsifs généraux. Traitement tonique.

c. TACHES CICATRICIELLES DE LA CORNÉE. — *Sulfate de soude.* — Afin de produire sur la membrane cornéenne des phénomènes nutritifs qui ont pour résultat la résorption plus ou moins prononcée des taches, M. Marc Sée emploie le *sulfate de soude* dont le degré d'irritation est modéré, mais suffisant. Il ne s'en sert pas toutefois d'une façon continue, mais bien intermittente, de peur de déterminer un résultat opposé à celui qu'il désire obtenir.

4° AFFECTIONS KYSTIQUES.

a. KYSTE THYROÏDIEN. — *Ponction et injection iodée.* — Si l'accroissement en est rapide, il y a lieu de craindre la suffocation et d'intervenir pour corriger la difformité. Il n'a qu'une médiocre confiance dans l'application de l'iode sur la tumeur et dans son administration à l'intérieur; car le plus souvent ce médicament n'agit que lorsqu'on a affaire à un goître parenchymateux et n'exerce aucune influence sur les kystes de la glande thyroïde. Il préfère, comme opération, la ponction suivie de l'injection iodée qui ne réussit pas aussi souvent que pour l'hydrocèle, mais qui, dans la moitié des cas environ, donne des résultats satisfaisants. Il pratique la ponction avec un petit trocart après avoir ou sans avoir préalablement ouvert les téguments avec la pointe d'un bistouri. L'injection est faite avec la *teinture d'iode pure* qu'il laisse séjourner pendant quelques minutes dans la poche. Par cette opération qui évite les suppurations graves du cou auxquelles exposent les incisions, M. Marc Sée se propose de déterminer dans la cavité kystique une inflammation plastique, ayant pour résultat l'oblitération de la poche, ou tout au moins de produire à sa surface interne une modification qui arrête la sécrétion et conduit l'affection à un état stationnaire. Nous avons vu dans son service un petit garçon opéré de cette manière et complétement guéri.

b. KYSTE DERMOÏDE. — *Dissection.* — *Cautérisation.* — L'incision faite sur la poche ne pénètre pas jusque dans sa profondeur; on dissèque ensuite les lèvres de l'incision avec des pinces à griffes (fig. 391 et 392) en isolant le kyste et cherchant à l'enlever. Si on l'ouvre, dans ce premier temps, comme cela arrive presque toujours, on en

saisit les parois que l'on dissèque le plus complétement possible. Immédiatement après, M. Marc Sée cautérise l'intérieur avec l'extrémité d'un crayon de nitrate d'argent (fig. 390). Il préfère cette mé

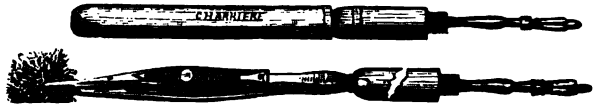


Fig. 390. — *Porte-nitrate.*

Fig. 391. — *Mors de la pince à dents de souris.*

Fig. 392. — *Mors de la pince à dents multiples*

thode à la cautérisation avec la pâte de Vienne qui est plus long et donne lieu à des cicatrices plus difformes.

c. HYDROCÈLE. — *Injection iodée.* — M. Marc Sée ne croit pas beaucoup à la guérison spontanée de l'hydrocèle chez l'enfant ; il pense aussi que la simple ponction est insuffisante la plupart du temps, comme il ne regarde pas, contrairement à l'avis de bien d'autres chirurgiens, comme fréquente la communication vagino-péritonéale, il traite l'hydrocèle de la très-jeune enfance comme celle des adultes. Il prend toutefois la précaution, pendant qu'il opère, de faire tenir la main d'un aide sur l'anneau du côté malade et pratique l'injection avec la teinture d'iode pure.

5° AFFECTIONS DES LÈVRES.

BEC-DE-LIÈVRE (simple, unilatéral). — *Un seul lambeau.* — *Ciseaux particuliers dits à boutonnière.* — Les ciseaux qui ont été imagi

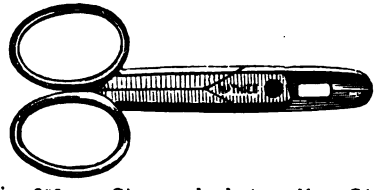


Fig. 393. — *Ciseaux du docteur Marc Sée.*

rc Sée (fig. 393) ont pour but de pratiquer l'avivement des
la solution de continuité, d'un seul coup, et en ména-
nême temps une base adhérente au lambeau qui se trouve
rs lames ne sont tranchantes que dans la partie antérieure
a pointe); à la partie postérieure ces lames manquent et
lacées de chaque côté par le dos de l'instrument qui se
avec l'entablure : il existe donc entre les lames et le point
isement des branches un espace vide, une sorte de *bou-*
il en résulte que la section des tissus ne porte que sur la
lus éloignée, tandis que ceux qui se trouvent en bas ne
téressés. Généralement, M. Marc Sée se contente de tailler
mbeau restant adhérent au niveau du bord libre : il avive
rd verticalement, puis horizontalement, et réunit le lam-
issé avec la portion cruen-
ntale de l'autre côté. Cette
lambeau et les deux avive-
respondants se font en trois
ciseaux à boutonnière, et
une précision presque ma-
ie. Il applique ensuite la su-
tillée.

Fig. 394. — *Trachéotome dilatateur du docteur Marc Sée.*

TOMIE. — *Trachéotome spé-*
I. Marc Sée a imaginé un
t spécial destiné, comme
rocédés de Maisonneuve et
ignac, à faire la trachéoto-
façon très-expéditive (fig.
t une espèce de bistouri en
énétrant directement dans
et sectionnant le conduit de
dehors; deux lames mous-
les, que des manches font
par un mouvement de bas-
vent en même temps d'é-
ou plutôt de dilatateurs. Tous ces procédés de trachéo-
un temps offrent trop d'inconvénients pour pouvoir être
s la pratique chirurgicale usuelle, et nous croyons même
e ne fait plus guère usage de son instrument.

HOPITAL SAINT-ANTOINE

M. LE DOCTEUR Benjamin ANGER (1)

1° AFFECTIONS DES OS. — AMPUTATIONS.

a. FRACTURE DU BRAS. — *Attelles en toile métallique.* — Dans l solutions de continuité du corps de l'os, ce chirurgien fait souve usage, pour la contention des fragments, des *attelles en toile mét lique* A, B, C (fig. 395). Ces attelles, malléables, à mailles plus moins serrées et au nombre de trois (externe, antéro-interne, p téro-externe), constituent un appareil dont l'ensemble, en effet, d'une grande simplicité et d'une application très-facile. Les prin paux avantages qu'elles présentent sont : le bon marché, la légère la résistance et la propriété de se mouler aisément sur la configu tion du membre. De plus, le chirurgien peut les façonner à sa f taisie et les approprier à la forme de la région sur laquelle il v les appliquer, en leur donnant, par la pression des mains, diver courbures analogues à celles des membres qu'elles sont destiné contenir. Ce modelage est d'autant plus commode à obtenir qu le pratique d'abord sur le membre sain. — Trois lacs *a*,*b*,*c*, courroies, qui réunissent ces attelles en traversant chacune d'e au voisinage des bords, suffisent pour les fixer autour du bras est préalablement entouré d'une bonne couche d'ouate.

Dès le premier jour de leur application, le malade peut se le et marcher sans craindre de nuire à la contention des fragme — Ces attelles, qui ont été employées déjà, il y a longtemps, par forgue et Merchie (2), ne s'appliquent pas seulement aux fract simples, mais elles peuvent également servir pour les solution continuité par armes à feu : il est facile de les serrer ou de les

(1) 1867, chirurgien du Bureau Central, 1872; — hôpital Cochin, 1872 hôpital Saint-Antoine.

(2) Merchie, Appareils modelés, 1858. — *Manuel pratique des appareils delés*, Bruxelles, 1872, in-8°.

volonté, de les enlever ou de les remettre rapidement, d'y des fenêtres au besoin, etc. M. Sarazin (1) a décrit, pour usage, un *système d'appareils modelés en toile métallique* (2): l'eux est composé de deux ou trois valves en toile métal-

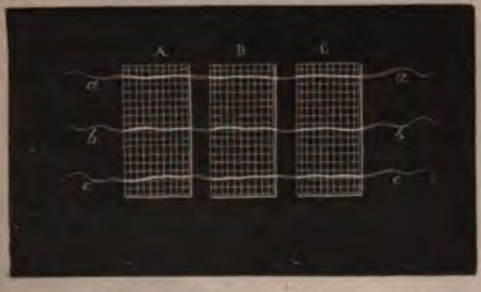


Fig. 395. — *Attelles en toile métallique.*

ouées ou fixées à charnière sur une attelle rigide garnie de s bouclées et d'une épaisse couche d'ouate enveloppant le . — Cet ensemble, toutefois, est un peu plus compliqué i des attelles que nous venons de décrire.

ECTION DU MAXILLAIRE SUPÉRIEURE. — *Seule incision de la érieure.* — Les auteurs, suivant M. B. Anger, se seraient un p évertués à tracer pour cette résection un trop grand de lignes d'incisions. Il a toujours paru possible à ce chi- (fig. 395) (parties molles saines, bien entendu) de pratiquer ection en incisant uniquement la lèvre supérieure au ni- la ligne médiane. — Cisailles ou petite scie de H. Larrey viser l'apophyse montante et l'apophyse palatine. — Per- de la partie externe du sinus, deux coups de cisailles ient la face orbitaire et la partie supérieure de la face ique du maxillaire.

ECTION DE L'HUMÉRUS (partie moyenne). — *Section préalable — Résection des deux bouts après dissection.* — Dans le but iter les temps de cette opération toujours laborieuse, d'en ter la sécurité et d'éviter de se servir d'instruments com- scie à main, ostéotome de Heine, etc.) qu'il n'est pas tou- sé de manier, M. B. Anger a l'habitude d'avoir recours au pératoire suivant : c'est toujours du reste à la partie externe

(1) Sarazin, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er février 1873.
(2) Présenté en 1872 à la *Société de chirurgie*.

du bras, lieu d'élection, qu'il commence à pratiquer l'incision plus spécialement entre le bord externe du brachial antérieur celui du triceps. — Cette incision, qui va jusqu'au squelette,

Fig. 396. — *Face antérieure du maxillaire supérieur, découverte par la incision de la lèvre supérieure (procédé de M. B. Anger pour la résecti maxillaire supérieur).*

A, crochet relevant la partie externe de la lèvre supérieure; B, partie externe de la lèvr rieure relevée par le doigt d'un aide; C, aile du nez relevée par un crochet; D, orifi rieur de la fosse nasale droite; E, face extérieure de l'os: F, nerf sous-orbitaire. (B. *Nouveaux éléments d'Anatomie chirurgicale.*)

pas besoin d'avoir une grande étendue, de 3 à 6 centimètres au — Une fois l'os dénudé, il pratique avec une scie à chaîne la se humérale, au milieu même du segment qui doit être reséqué; il fléchit les deux moitiés du membre, de manière à permettre l' d'un premier fragment qui est disséqué, saisi fortement av davier ou une tenaille et reséqué avec une scie ordinaire ju

ite du mal : il en fait de même pour l'autre fragment ; cette ère de procéder limite singulièrement le traumatisme chirur- produit, en rendant plus facile et plus complète la dissection arties molles attenantes au squelette.

FRACTURE DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU RADIUS. — *Attelle pos- re.* — Après avoir pratiqué la réduction plus particulièrement méthode de Velpeau, c'est-à-dire en fléchissant fortement le et (l'avant-bras blessé étant mis dans la pronation), il applique appareil dextriné, soit celui à deux attelles de Nélaton (la pos- re descendant plus bas). — M. B. Anger a simplifié encore ce er moyen : il supprime l'attelle antérieure et réduit l'appareil *simple attelle postérieure* pressant sur le fragment inférieur ment par l'intermédiaire d'une petite pelote bien rembourrée. irurgien pense que la roideur consécutive à l'application trop ngée d'un appareil quelconque est due à l'arthrite sèche du et.

FRACTURE DE LA JAMBE. — *Appareil à pression limitée alternative ermittente.* — On sait quelles grandes difficultés le chirurgien ve, dans certaines fractures obliques de la jambe, à mainte- s fragments en place : ce déplacement incessant constitue, contredit, une complication des plus fâcheuses, car la com- ion, qui s'exerce de dedans en dehors par l'un de ces frag- s sur la face profonde des téguments, peut en déterminer ration et la mortification, et, par conséquent, convertir une re simple en une autre *composée* dont la gravité est incompa- ment plus grande.

ns le traitement de ces sortes de fractures à coaptation si ile à maintenir, on a proposé l'appareil de Laugier (tourniquet .-L. Petit surajouté à l'appareil ordinaire), l'appareil de De- illiers ou *pointe de coton* (tampon d'ouate maintenu à l'aide ndelettes de diachylum), la pelote du bandage herniaire, l'ap- l de Malgaigne (arc métallique, vis terminée par une pointe 'enfonce dans le fragment déplacé).

B. Anger a fait construire par Charrière, pour triompher du cement incessant et de la saillie des fragments, un ingénieux reil (fig. 397) fondé sur les mêmes principes que les compres- employés pour les anévrysmes, et qu'il a désigné sous le nom *pareil à pression limitée alternative ou intermittente.*

dernier (1) se compose d'une gouttière A, solide et matelassée

B. Anger, *Appareil à pression limitée alternative ou intermittente* (*Bull. de démie de médecine*), mai 1865, t. XXX, p. 807.

(gouttière de Mayor) dans laquelle le membre se trouve bien fixé et qui remonte très-haut, de manière à immobiliser le genou, condition essentielle sans laquelle on ne peut espérer mettre au repos le

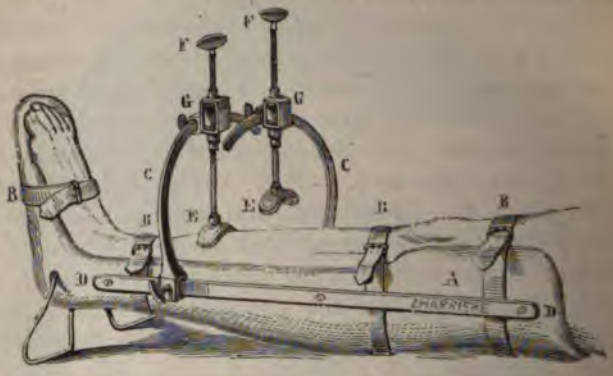


Fig. 397. — *Appareil à pression alternative de Benjamin Anger pour le traitement des fractures obliques de la jambe.*

muscles postérieurs du membre dont la contraction spasmodique est la cause principale du déplacement angulaire des fragments osseux. De chaque côté de cette gouttière est adaptée une tringle plate DD, sur laquelle glissent deux demi-arcs C, C, légers, en acier trempé en ressort : ces deux arcs s'élèvent de chaque côté de la gouttière et sont ramenés au-dessus de la saillie du fragment. Chacun d'eux porte une tige métallique verticale FF, à vis G, G, qui se termine par une plaque métallique rembourrée EE, ou pelote légèrement concave, articulée, et sous quelques points analogue au bandage herniaire : cette pelote peut s'appuyer sur la saillie du fragment *par une certaine surface :* c'est là, en somme, la pression élastique imaginée par Charrière fils.

Grâce à cet appareil, il est facile d'appliquer une pression intermittente sur le squelette, c'est-à-dire comprimer alternativement avec l'une des pelotes et relâcher l'autre, puis *vice versâ*, de façon à éviter la mortification des téguments. — Les pelotes ne fonctionnent donc pas en même temps : l'une d'elles s'applique, par exemple, sur la pointe du fragment ou un peu au-dessus et y reste un temps variable qui est déterminé par le chirurgien, suivant l'état du membre blessé : les douleurs commencent-elles au niveau du point comprimé, au moment où cette pression menace d'être fatale, on applique la seconde pelote sur un point plus élevé, et la première est immédiatement relâchée et ainsi de suite.

M. B. Anger a observé, dans un cas de fracture de la jambe ervice Velpeau, 1862), une phlébite fémorale consécutive à l'in-ammation des veines de la jambe. Embolie, mort subite. — A utopsie (Bodin et Gouraud) (fig. 398) on trouva à l'orifice de l'ar-

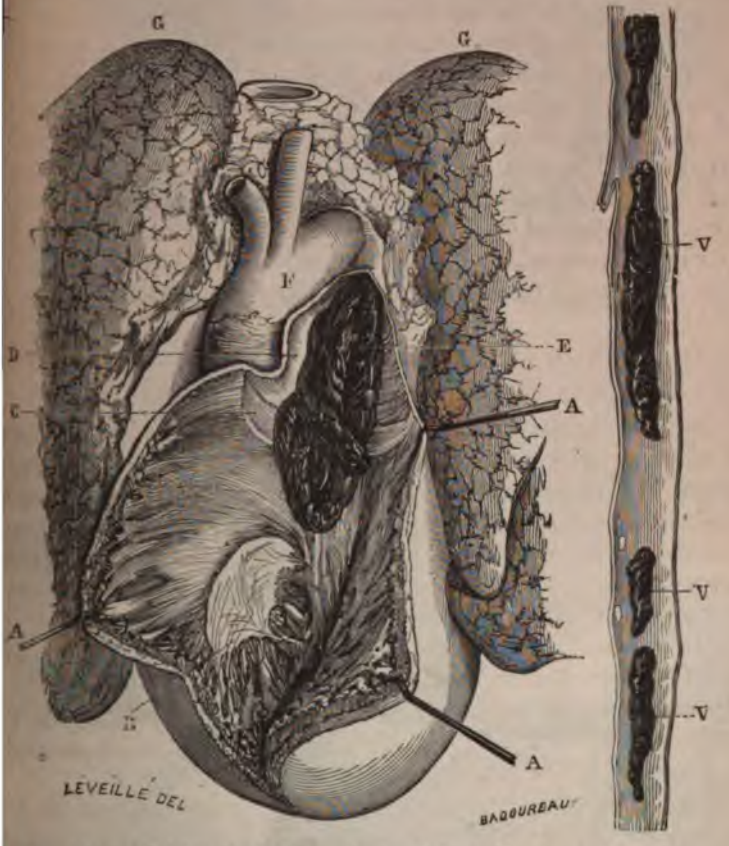


Fig. 398. — *Phlébite de la fémorale et embolie de l'artère pulmonaire.*

V, V, caillots veineux charriés par le sang veineux; B, embolie veineuse enroulée plusieurs ois sur elle-même, et oblitérant l'artère pulmonaire; A, A, A, érignes écartant les parois du entricule droit; D, artère pulmonaire; C, valvules sigmoïdes; F, aorte; G, poumons. (Pièce résentée à l'Institut par Velpeau, recueillie chez un malade convalescent d'une fracture de ambe, mort subitement.)

re pulmonaire un caillot enroulé qui avait été formé évidem-ent à la cuisse; fait d'embolie chirurgicale indiscutable.

f. AMPUTATION DE JAMBE. — Sus-malléolaire. — *Méthode de Lenoir.* - M. B. Anger emploie la méthode hémostatique d'Esmarch et

pratique de préférence l'amputation circulaire modifiée par Lenoir. Il croit que, malgré les ulcérations fréquentes dont le moignon est souvent le siége après l'amputation sus-malléolaire et malgré les difficultés parfois très-grandes de la prothèse, on doit avoir principalement en vue la gravité moindre de cette opération et la préférer, toutes les fois qu'elle est réalisable, à l'amputation faite en lieu d'élection. Il divise circulairement les téguments à 4 centimètres au moins, au-dessus du niveau où doit se trouver la section osseuse, et fait tomber sur cette circulaire une incision verticale de 5 centimètres, située sur la face interne du tibia et près de son bord tranchant. Les deux angles sont disséqués et relevés, puis l'opérateur, se plaçant au côté interne du membre, sectionne, en portant le couteau d'abord en dehors, puis en arrière, enfin en dedans, tous les tissus musculaires et tendineux, suivant l'obliquité qui est représentée par la direction de la manchette précédente. La crête du

Fig. 399. — *Amputation en faisant relever la peau par un aide qui entoure le membre avec ses deux mains.*

tibia est abattue. M. B. Anger fait souvent en ce cas usage du pansement ouaté.

Nous préférerions la méthode à deux lambeaux, l'un antérieur plus petit, l'autre plus grand, postérieur, reportant plus en avant

…au plantaire (*première incision*).

…. 403. — *Procédé de Syme, lambeau plantaire (deuxième incision).*

… — *Procédé de M. J. Roux, lambeau plantaire et interne (côté externe, première incision).*

on doit éviter d'avoir recours à la transfixion; il est bien préférable de les disséquer avec soin de l'extérieur vers l'intérieur, de manière à ce qu'ils soient convenablement fournis.

g. AMPUTATION DU BRAS. — *Méthode circulaire.* — Cette méthode donne des avantages réels comme exécution et comme résultat secondaire. M. B. Anger adopte le procédé de Béclard et de Dupuytren, qui consiste : 1° à couper la peau et l'aponévrose seules après les avoir fait rétracter; 2° à faire relever la peau par un aide (fig. 399) qui entoure le membre avec ses deux mains et à couper tous les muscles jusqu'au point où s'arrête la rétraction sans disséquer de manchette, comme cela est représenté dans la figure 401; 3° à faire continuer la rétraction et à sectionner la moitié externe du cône musculaire produit jusqu'au squelette (fig. 400 et 401), puis à scier l'os au niveau de cette dernière section : ligature d'artères, pansement ouaté de Guérin ou pansement phénico-alcoolisé.

h. PSEUDARTHROSE. — *Résection, pénétration des fragments.* — M. B. Anger ne croit pas beaucoup à l'efficacité du frottement des deux fragments osseux l'un contre l'autre, ni à celle de l'emploi des vésicatoires, des aiguilles à acupuncture, de l'électropuncture, etc., toutes méthodes qui ont pour but de réveiller la vitalité de ces fragments et d'y déterminer une inflammation ayant pour résultat définitif le cal. En raison de l'état fibreux de tous les tissus périphériques, il pense qu'il est indiqué, le plus souvent, de pratiquer une *résection*, quand la pseudarthrose est ancienne et a échoué devant les divers moyens précédents. Se fondant sur ce principe, que ce sont les fractures du squelette par pénétration qui se consolident le mieux, il est d'avis que le meilleur moyen de provoquer la formation d'un cal solide est d'imiter la production d'une fracture par enfoncement.

Voici comment il conseillerait d'opérer : après avoir incisé les téguments, donné issue aux fragments et procédé à leur avivement, on taille dans l'inférieur un petit lambeau qu'*on enfonce dans le canal* médullaire du fragment supérieur, de manière à avoir comme résultat une fracture par pénétration.

Quoi qu'il en soit, une telle opération est très-grave, car elle a pour résultat une fracture exposée des plus sérieuses; de plus, elle laisserait, pour la cuisse en particulier, un raccourcissement considérable; il nous semble donc qu'on ne pourrait y être autorisé qu'en désespoir de cause et après avoir tenté et même répété bien des fois les autres moyens que nous avons à notre disposition.

i. DÉSARTICULATION TIBIO-TARSIENNE. — *Syme.* — *Roux.* — *Mo-*

ig. 402. — *Procédé de Syme, lambeau plantaire (première incision).*

g. 403. — *Procédé de Syme, lambeau plantaire (deuxième incision).*

. — *Procédé de M. J. Roux, lambeau plantaire et interne (côté externe, première incision).*

Fig. 405. — *Procédé de M. Jules Roux, lambeau plantaire et interne (côté inter deuxième incision).*

Fig. 406. — *Procédé de M. Morel (de Montdidier), lambeau plantaire et in (première incision).*

Fig. 407. — *Procédé de M. Morel (de Montdidier), lambeau plantaire et i (deuxième incision).*

ntdidier. — M. B. Anger, suivant les cas, choisit l'un de
procédés : ou bien le Syme (fig. 402 et 403) dont le *lambeau*
comprend toute la totalité de la peau du talon : raser
nt le périoste calcanéen pour éviter la perforation de la
bien le Jules Roux (fig. 404 et 405) dont le lambeau est
et interne, ce qui est suffisant : on commence au niveau
tie la plus reculée de la face externe du calcanéum ; ou
océdé de Morel de Montdidier (fig. 407 et 408), qui tient
pour la partie externe et du syme pour la partie interne.

2° AFFECTIONS DES VAISSEAUX.

SURE DE L'ARTÈRE RADIALE. — *Ligature des deux bouts dans*
— Si, pour conjurer momentanément l'hémorrhagie, on
r recours à la compression soit directe, soit indirecte au-
au-dessous du point lésé, il ne faut pas considérer ce
mme une méthode définitive, et on doit toujours au moins
igature des deux bouts du vaisseau dans la plaie, qu'elle
te ou ancienne. Si on ne peut trouver et lier qu'un des
ts, on installera, pendant un certain temps, la compression
qui a échappé. Dans ces cas, l'emploi de la bande d'Es-
trouve pas toujours une utile application, car, dans ces
s difficiles et minutieuses, le chirurgien est souvent aidé
du sang qui le met immédiatement sur la voie de la po-
vaisseau.

RYSME POPLITÉ. — *Compresseur fémoral. Ligature de la fé-*
- M. B. Anger a imaginé un appareil (fig. 408, 1 et 2), con-
Robert et Collin et destiné à interrompre le cours du sang
ère fémorale en cas d'anévrysme poplité. Cet appareil, qui
ement servir pour les deux côtés, se compose d'une grande
A, embrassant la face postérieure de la cuisse dans toute
ur. Cette gouttière est munie de deux tringles en acier B
mais pouvant être fixées par un écrou attenant à l'angle
de la gouttière. Le long de ces tringles glissent à volonté
i-arcs métalliques, C, C, C, dont deux supportent deux
icales et mobiles D, D, qui passent chacune dans un écrou
ır l'arc d'acier, et peuvent s'incliner à volonté et être fixées
crou. A l'extrémité inférieure de chacune de ces tiges se
sposée une pelote EE, non pourvue, comme dans d'au-
reils analogues, d'un système élastique destiné à soutenir
ession. Afin que cette compression soit aussi efficace que

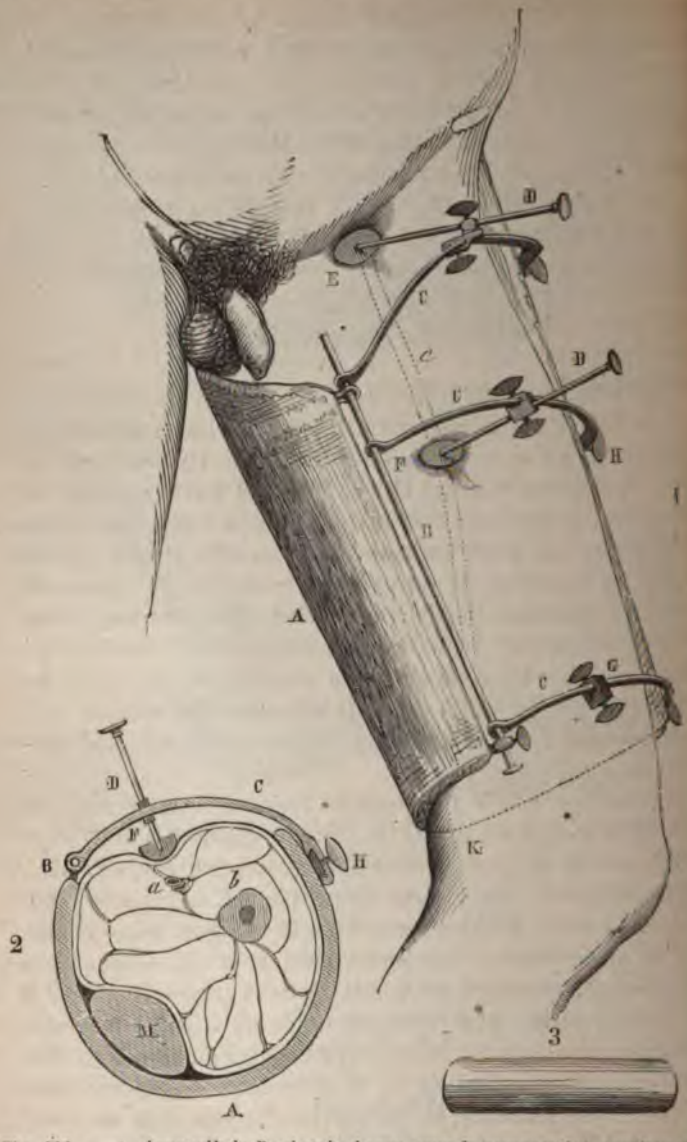


Fig. 408. — 1, *Appareil de Benjamin Anger pour la compression continue et al*
nante de l'artère fémorale.
2, *Compresseur fémoral de Benjamin Anger. — Coupe de la cuisse et de l'appa*
au niveau de la deuxième pelote, montrant la disposition et l'effet du coin
tiné à faire la contre-pression.
3, *Coin de bois séparé.*

possible et ferme hermétiquement le calibre de l'artère, on introduit entre la gouttière et la face postéro-interne de la cuisse un rouleau à peu près cylindrique (fig. 408, 3) sur lequel cette partie du membre prend un point d'appui solide. La coupe du membre entouré de son appareil (fig. 408, 2) montre parfaitement comment les masses charnues, comprises entre la pelote d'une part et le rouleau M de l'autre, ne peuvent fuir, ce qui permet un accolement plus complet des parois du vaisseau artériel *a* l'une contre l'autre. Grâce à la mobilité des arcs, les pelotes compriment à volonté le vaisseau sur un point quelconque de son trajet. Il suffit, du reste, de jeter un coup d'œil sur la figure pour bien saisir le mécanisme de cet appareil qui a été employé, avec succès, pour un anévrysme poplité dans le service du professeur Velpeau.

M. B. Anger (1) a publié un cas extrêmement intéressant d'*anévrysme poplité* qui, plusieurs fois revenu sur lui-même, sous l'influence de la compression digitale et instrumentale, a, cependant, repris son premier volume, est devenu menaçant et a nécessité l'opération de la ligature. Après la ligature de la fémorale, la circulation collatérale a pu ramener le sang dans la cavité anévrysmale produisant de nouvelles pulsations. Enfin cette tumeur, bien que soumise d'une façon infructueuse à tant d'opérations successives, a cependant guéri avec le temps d'une façon complète, comme l'a démontré l'examen du malade fait longtemps après.

La science possède quelques observations analogues à la précédente (2).

Les récidives temporaires après la ligature guérissent d'ordinaire spontanément ; cependant elles peuvent nécessiter de nouvelles opérations qui sont de plus en plus graves, comme le prouve un cas très-intéressant du professeur Letenneur (de Nantes), dans lequel il dut lier successivement la fémorale profonde, puis la fémorale et enfin l'iliaque externe pour un anévrysme d'une branche fémorale profonde. Si M. B. Anger avait dû, chez son malade, recourir à une nouvelle opération, il aurait, dit-il, choisi entre les injections de perchlorure de fer pratiquées pendant une compression bien faite et l'opération par la méthode ancienne, c'est-à-dire l'ouverture du sac. Connaissant l'innocuité des injections de perchlorure de fer pratiquées avec précaution et pouvant, grâce à la méthode hémos-

(1) B. Anger, *Conférences de clinique chirurgicale faites à l'hôpital Saint-Antoine*, en 1874-1875.

(2) Moyre, *Contribution à l'étude du retour des battements dans les anévrysmes poplités*, etc. Th. inaug., Paris, 1874.

tatique d'Esmarch, obtenir l'ischémie du membre, il aurait injecté dans le sac et sans crainte une vingtaine de gouttes de perchlorure

Fig. 409. — *Anastomoses réunissant les parties supérieure et inférieure de l'artère poplitée. Pièce destinée à montrer le rétablissement du cours du sang par la circulation collatérale indirecte, à la suite d'un anévrysme de l'artère poplitée guéri par l'application de la glace.*

a, extrémité supérieure de l'artère poplitée, réduite à un cordon fibreux; *b*, extrémité inférieure. (Ribes, *Bull. de la Faculté de méd.*, t. V, musée Dupuytren, n° 239.)

Fig. 410. — *Anévrysme cirsoïde variqueux artérielle.*

fer, d'autant plus confiant dans le résultat que, les voies collatérales profondes étant bien dilatées, il y avait peu à redouter une gangrène du membre.

M.B. Anger fait remarquer que, dans son exemple, les collatérales sous-cutanées n'étaient point accessibles à la palpation et ne paraissaient pas plus développées que d'ordinaire. Rien n'est surprenant à cet égard, car, si on jette les yeux sur les planches de l'ouvrage de L. Porta (fig. 409), on reconnaît que les collatérales, qui rétablissent le cours du sang de la façon la plus active, sont des *artères de nouvelle formation* placées sur la partie externe du sac et, par conséquent, situées très-profondément.

c. ANÉVRYSME CIRSOÏDE. — (Membre supérieur.) — *Injection de perchlorure de fer, gant élastique.* — Ce chirurgien conseille d'attaquer, si c'est possible, la tumeur (fig. 410) par départements à l'aide d'injections de perchlorure de fer, en isolant bien séparément chacun d'eux. Souvent la ligature des artères principales est insuffisante. — S'il n'y a pas moyen d'intervenir, faire porter au malade un *gant élastique* exerçant sur tout le membre une compression uniforme.

3° PLAIES DES TENDONS. — HÉTÉROPLASTIE.

a. PLAIES DES TENDONS. — *Ténorrhaphie.* — Pour les solutions de continuité récentes les sutures tendineuses doivent évidemment être toujours effectuées; de plus, M. B. Anger croit (et il appuie cette assertion sur un fait nouvellement observé dans son service) que, pour les *sections anciennes* des tendons, il y a lieu de tenter une opération. On pourrait, selon lui, sinon pratiquer l'accolement des extrémités tendineuses (ce qui est trop difficile à réaliser d'une façon complète), du moins les rapprocher assez pour qu'il se fasse, comme dans les ténotomies ordinaires, un bourgeonnement des tissus intermédiaires : ce travail suffit à la soudure ou plutôt à la réunion, à distance, des deux bouts du tendon, et, par conséquent, au rétablissement au moins partiel du jeu de ces organes locomoteurs. — Dans l'observation qu'il a rapportée (1), il y avait eu section des tendons extenseur commun et extenseur propre du petit doigt, six mois auparavant. Leurs extrémités étaient écartées d'environ 6 centimètres et adhérentes au tissu fibreux cicatriciel. Il incisa, isola les tendons, passa dans leur épaisseur un fil d'argent, et, étendant forcément la main sur une palette, il réduisit l'intervalle

(1) B. Anger, *Gazette des hôpitaux*, 16 février 1875.

qui séparait ces extrémités à 2 centimètres : — fils noués, pansement aromatique dont ce chirurgien fait grand usage dans ses salles. — Les tendons furent réunis à distance, et cependant les doigts avaient recouvré, bien que d'une manière incomplète, leurs mouvements d'extension.

Il est bien entendu que, dans ces cas, l'avivement ne peut avoir qu'un bien faible avantage, puisque les extrémités tendineuses ne se juxtaposent pas d'une façon immédiate.

b. ULCÉRATIONS REBELLES. — *Greffes dermiques et épidermiques.* — *Greffes hétéroplastiques*. — M. B. Anger emploie fréquemment dans son service les greffes appliquées sur d'anciens ulcères dont la cicatrisation est trop lente, ou sur les larges plaies résultant de brûlures étendues. — Greffes dermiques, greffes dermo-épidermiques, auto-hétéroplastiques pratiquées d'abord par M. L. Le Fort (1869-70), puis par M. Ollier, et qui paraissent avoir de grands avantages, surtout pour l'anaplastie des paupières.

M. B. Anger a appliqué également (1) les *greffes* véritablement *hétéroplastiques* dont parle M. Le Fort dans sa nouvelle édition de la *Médecine opératoire de Malgaigne*, quand il dit : « Ce qui mérite surtout à cette méthode le nom d'hétéroplastique, c'est que, dans « les grands hôpitaux où les amputations sont fréquentes, on pourrait, lorsqu'on aurait besoin d'un large lambeau hétéroplastique, « l'emprunter à un autre malade au moment où l'on vient de lui « pratiquer l'amputation du membre ; ces opérations, rarement « urgentes, pouvant être différées jusqu'au jour où l'amputation « doit être pratiquée. » C'est ce que M. B. Anger vient de faire avec succès.

Il s'agissait d'une plaie résultant de brûlure : des greffes cutanées hétéroplastiques, *prises sur la face palmaire d'un doigt amputé* et comprenant toute l'épaisseur de la peau, furent appliquées et maintenues par du diachylon sur l'ulcère : ces greffes avaient de 1 à 2 centimètres de circonférence ; trois jours après, elles étaient intimement unies à la surface ulcérée et manifestement vascularisées. Il a également réussi dans l'application de greffes analogues sur la solution de continuité qu'avait déterminée l'ablation d'une tumeur des lombes, et enfin dans un cas de circoncision.

Dans cette opération, il faut s'attacher à ce que les tissus du membre amputé, auquel sont empruntées les greffes, aient gardé encore une certaine température, et, pour cela, il est indisper

(1) B. Anger, *Acad. des sciences*, novembre 1874.

le d'amputer le sujet à côté de celui que l'on veut greffer. Dans la communication qu'il a faite à l'Académie des sciences, chirurgien a insisté avec beaucoup de raison sur la grande at-tion que l'on doit apporter à la recherche des états diathésiques i pourraient exister chez les sujets qui fournissent les greffes. — tte méthode qui, certes, ne peut guère trouver son application que ns les hôpitaux, nous semblerait en tout cas préférable à cette tre hétéroplastie consistant à emprunter un lambeau à une mu-euse ou à la peau d'un animal, comme l'a fait M. Houzé. Nous ons vu M. Dubrueil pratiquer une de ces *hétéroplasties animales* guments du chien) sur une vieille femme et pour une blépharo-astie, et nous avons constaté non-seulement une desquamation revêtement épidermique, mais une résorption presque com-te du lambeau greffé, de sorte qu'après la cicatrisation, l'ectro-n s'était en grande partie reproduit.

4° IMPERFORATIONS.

Imperforation anale superficielle. — Incision cruciale. — Si cette perforation ne remonte pas haut (fig. 411), le chirurgien n'a qu'à

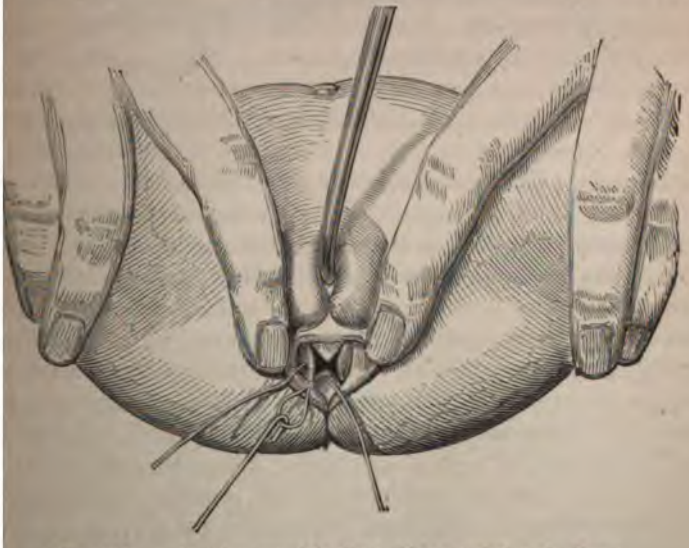


Fig. 411. — *Incision cruciale dans l'imperforation de l'anus.*

tiquer l'incision cruciale de la membrane quelquefois peu

épaisse. Explorer la vessie avec une sonde ; si l'ampoule rectale est élevée, entérotomie périnéale par la méthode d'Amussat.

5° TRACHÉOTOMIE.

TRACHÉOTOMIE. — *Trachéotome dilatateur.* — Inciser la trachée et dilater : tels sont les deux temps qui se pratiquent à la fois avec un seul instrument, le *trachéotome dilatateur* construit par M. Collin, présenté à l'Académie de médecine et qui n'est, à proprement parler, que le dilatateur à trois branches de M. le Dr Laborde, dans lequel M. B. Anger a transformé (fig. 412) la lame médiane en lame tranchante dont la pointe dépasse d'un demi-centimètre les deux bran-

Fig. 412. — *Trachéotome dilatateur du docteur Benjamin Anger.*

ches latérales. Le chirurgien, après avoir fixé la trachée entre deux doigts, fait pénétrer aisément dans son intérieur l'instrument par sa pointe, en appuyant légèrement l'index sur le dos de l'instrument, grâce à une crémaillère dont les branches sont pourvues; il incise les anneaux du conduit aérien sur la ligne médiane et dilate l'ouverture ; une crémaillère, adaptée aux branches, permet de rendre l'écartement permanent, d'où il suit que l'application de la canule se fait avec la plus grande facilité et aussi lentement qu'on le désire ; cet écartement restant permanent, on peut introduire la canule avec facilité ; — bon instrument, applicable surtout dans les cas où, l'asphyxie étant imminente, il faut se hâter de pénétrer dans les voies aériennes ; mais nous ne croyons pas qu'il puisse remplacer définitivement le bistouri à l'aide duquel on agit toujours avec plus de sécurité.

En admettant qu'une circonstance quelconque engage le chirur-

gien à recourir à l'incision de la trachée avec le bistouri, le trachéotome en question pourrait cependant être employé encore à titre de dilatateur trachéal ; il rendrait exactement les mêmes services que le dilatateur à trois branches et, plus encore, permettrait, grâce à la crémaillère qui lui est annexée, de maintenir la plaie trachéale au même degré de dilatation pendant un temps très-long, disposition qui peut rendre de grands services.

5° AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES.

LARGE FISTULE VÉSICO-VAGINALE. — *Épisiorrhaphie.* — Quand l'urèthre a disparu dans la plus grande partie de son étendue, ainsi que la cloison vésico-vaginale, et quand le vagin est, dans une large portion de sa surface, converti en tissu de cicatrice, il ne paraît pas possible à M. B. Anger d'entreprendre une opération régulière consistant en une suture oblitérant la fistule ou même le vagin dans son canal d'après le procédé de Vidal de Cassis (1), et il se décide à tenter l'oblitération vulvaire qu'il exécute de la façon suivante :

Un avivement pratiqué à droite et à gauche de l'orifice du vagin permet de réunir les deux moitiés droite et gauche de cet orifice ; puis une douzaine de points de suture métallique sont passés dans les lèvres des plaies obtenues, de façon à déterminer l'occlusion complète de la vulve. Il a soin d'introduire les sutures à 3 centimètres de la surface avivée, de façon à ce que les fils comprenant une grande épaisseur de chair puissent rester en place sans cependant couper les lèvres de la plaie ; — les fils sont retirés vers le quinzième jour ; — si la guérison n'est pas complète, on l'achève par diverses cautérisations.

L'*épisiorrhaphie*, bien étudiée par M. le Dr E. Bourdon (2), a été pratiquée aussi avec succès par M. Th. Anger pour un abaissement de matrice.

6° AFFECTIONS DU TUBE INTESTINAL.

HERNIE OMBILICALE ÉTRANGLÉE. — *Kélotomie.* — La hernie ombilicale étranglée est une affection paraissant à beaucoup de chirurgiens plus grave que les hernies crurale ou inguinale étranglées, l'opération de la kélotomie donnant d'après eux moins de succès que pour les autres hernies. Huguier considérait même le succès de

(1) Voir le service du professeur L. Le Fort.
(2) Emm. Bourdon, *Des anaplasties périnéo-vaginales*. Thèse inaug., Paris, 1875.

la kélotomie dans la hernie ombilicale étranglée, comme si rare, qu'il préférait abandonner la maladie à elle-même, pensant qu'en laissant la tumeur se mortifier et l'anus contre nature se produire, on avait plus de chances de guérison. Pour M. B. Anger, ce chirurgien aurait été mal servi par les circonstances et se serait trouvé en face d'une série particulière d'observations malheureuses ; une observation de succès faite à la suite de kélotomie pour une hernie ombilicale étranglée par M. B. Anger (1) démontre tout au moins la possibilité de la guérison en pareil cas ; — *à priori*, M. B. Anger ne comprend guère pourquoi une hernie ombilicale étranglée présenterait une gravité beaucoup plus considérable que les hernies des autres régions. — MM. les docteurs A. Desprès à Cochin, A. Guérin à l'Hôtel-Dieu et Nicaise (2) ont également publié chacun un exemple de kélotomie ombilicale pratiquée avec succès.

M. LE DOCTEUR A. LE DENTU (3)

1° AFFECTIONS DU TUBE DIGESTIF.

a. CORPS ÉTRANGER DE L'ŒSOPHAGE (SOU). — *Pince de Collin.* — *Anesthésie* (?). — Explorer la région cervicale pour s'assurer si la pression n'éveille aucune douleur sur le conduit pharyngo-œsophagien, et si on ne rencontre pas de résistance indiquant la présence du corps étranger ; placer l'enfant sur le lit et introduire l'index de la main gauche aussi loin que possible dans le pharynx. Chez un enfant qui avait avalé un sou, l'introduction du doigt lui permit de reconnaître que le corps étranger, compris dans un plan vertical parallèle au diamètre transverse de l'œsophage, était solidement enchâssé dans un espace limité par le cartilage cricoïde en avant et sur les côtés, par les bords postérieurs des ailes du cartilage thy-

(1) B. Anger, *Conférences de clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine*, 1875.

(2) Voir le service de M. le Dr Nicaise.

(3) 1872, chirurgien du Bureau central ; — 1876, hospice de la Salpêtrière ; — 1877, hôpital Saint-Antoine.

. Il essaya vainement quatre fois de le saisir avec la pince
de cane de M. Collin (fig. 413). Cette pince, qui est analogue
le que Cusco (voyez ce service) a proposée pour l'arrachement
olypes du larynx, avec des dimensions plus grandes toutefois,
pince offre cet avantage, que l'un de ses mors seul est mobile,
re restant fixe et servant tout à la fois à l'exploration et à l'ex-
ion. Comme moyen explorateur, la sonde à *tambour métal-*
(imaginé pour les corps étrangers de l'œsophage et de l'esto-
), peut être aussi d'une grande utilité (1).
ez son petit malade, ce ne fut qu'à la cinquième tentative
avec la pince de M. Collin que M. Le Dentu réussit. Cette dif-

Fig. 413. — *Pince de Robert et Collin.*

lté provient de ce que cet instrument a une courbure à trop
d rayon pour un enfant, de ce que les aides ne pouvaient se
re complétement maîtres de la tête, et enfin de l'asphyxie
le qui se manifestait chaque fois que le doigt obturait pendant
ques instants l'orifice supérieur du larynx.
a-t-il avantage, dans ces cas, à employer l'anesthésie? M. Le
u pense que, chez l'adulte, cette précaution est inutile parce
es mouvements sont moins à craindre ; mais, chez les enfants,
t-il de même? Quand le corps étranger est accessible au doigt
e l'index appliqué sur l'orifice du larynx doit causer à plu-
s reprises un commencement d'asphyxie réelle, il pense qu'il
utile et dangereux d'avoir recours au chloroforme ; mais, si
orps est profondément engagé dans l'œsophage et qu'on
redouter des difficultés considérables provenant des mouve-
s intempestifs des sujets, peut-être y aurait-il avantage à
hésier les malades ; d'autant plus que, dans les cas de cette
de catégorie, il n'y a plus lieu d'enfoncer l'index jusqu'au
du pharynx et que le simple abaissement de la langue n'ex-
pas à l'asphyxie par obturation de l'orifice laryngien.

OCCLUSION INTESTINALE. — *Gastrotomie.* — *Gastro-entérotomie.*

oyez le service de M. le Dr Terrillon.

— Dans une série d'articles, d'un intérêt pratique incontestable (1), M. Le Dentu étudie de main de maître les *conditions de succès de l'intervention chirurgicale dans l'occlusion intestinale:* tout en reconnaissant hautement les difficultés de toute sorte contre lesquelles peut échouer l'expérience clinique la plus consommée, il ne regarde pas comme absolument impossible d'arriver à la connaissance précise de la cause des accidents. Il pense que l'analyse minutieuse et raisonnée des symptômes et de la marche du mal peut conduire à une certitude assez grande pour que l'on se croie autorisé à faire autre chose qu'un anus contre nature. Il n'y a pas moins de témérité, pour lui, à plonger un bistouri dans le cerveau qu'à penser à la *Gastrotomie* (faire disparaître par la section d'une bride ou par une manœuvre quelconque l'obstacle s'opposant à la circulation des matières intestinales).

D'une manière générale, toutes les fois que l'agent de l'étranglement ou la cause de l'obstruction est extérieure à l'intestin (brides pleines ou creuses, cicatricielles ou épiploïques, nœud diverticulaire, invagination, orifices normaux ou anormaux, hernies internes, tumeurs), la *gastrotomie est indiquée en principe.* Au contraire, toutes les fois que l'état anatomique de l'intestin est tel, que l'agent d'étranglement ne peut être détruit, ni la cause matérielle de l'obstruction écartée, l'*entérotomie* seule est rationnelle, à titre de moyen empirique par excellence, puisqu'elle n'est qu'un pis-aller et qu'elle ne répond qu'à une indication, évacuer les matières (rétrécissements, polypes, dégénérescences diverses).

Dupuytren, Nélaton ont donné à la gastro-entérotomie une préférence exclusive par rapport à la gastrotomie : cependant, malgré tout le respect dû aux opinions des grands maîtres, M. Le Dentu croit pouvoir affirmer que la connaissance plus exacte des causes de la mort dans les maladies intestinales accompagnées d'étranglement et d'occlusion, que le perfectionnement du manuel des opérations portant sur la séreuse abdominale, que la minutie des soins consécutifs devenue depuis quelques années une sorte de dogme chirurgical, ont singulièrement changé la face de la question, et c'est pour cette triple raison que, selon lui, *tout ce qu'on a pu dire antérieurement contre la gastrotomie a beaucoup perdu de sa valeur.*

D'une efficacité incontestable dans un certain nombre de cas, la gastro-entérotomie manque son but dans beaucoup d'autres, et n'offre pas alors moins de gravité que la gastrotomie. Si l'on fai-

(1) Le Dentu, *De l'intervention chirurgicale dans l'occlusion intestinale* (*Journal de Thérapeutique*, 1876).

sait une statistique des nombreuses entérotomies pratiquées jusqu'à ce jour, on serait peut-être effrayé du nombre de morts qui formeraient son passif. Quoi qu'il en soit, comme la gastrotomie, dans l'état actuel de la science et à cause des obscurités du diagnostic, restera longtemps encore fort au-dessous de son utilité théorique, comme les succès qu'elle remportera seront peut-être considérés d'ici à bien des années comme des coups d'audace plus heureux que sages, nous n'hésitons pas à dire que *c'est à l'opération de l'anus artificiel qu'il faudra recourir le plus souvent*, et dans son excellent travail, M. Le Dentu a eu plutôt pour but de prouver la possibilité de la gastrotomie que d'en reconnaître l'exécution.

Gastrotomie. — Incision soit sur la ligne blanche, en cas de doute du diagnostic, ou bien incision en regard du point d'où l'on suppose que partent les accidents, — ponctions intestinales, recherche de l'obstacle, dégagement de l'intestin ; — pour le reste, se comporter comme dans l'ovariotomie.

Gastro-entérotomie. — Elle est faite selon les préceptes de Nélaton à peu de distance de l'arcade de Fallope (fig. 414), et le plus souvent à gauche : quant aux ponctions intestinales (trocart fin), c'est un

Fig. 414. — *Entérotomie iliaque.*

moyen sur lequel il ne faut que peu compter, même comme palliatif, parce que le plus souvent il manque son but soit par l'insuffisance de la quantité de gaz évacuée, soit par la reproduction rapide d'une quantité équivalente.

c. ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE.— *Taxis.*— *Kélotomie hâtive.*— Voici comment M. Le Dentu résume les indications du taxis, car il pense, contrairement à bien d'autres, que le taxis réussit dans bon nombre de vrais étranglements pris à temps : bien que l'irréductibilité soit

un des caractères fondamentaux de l'étranglement, il n'est pas nécessaire qu'on la voie résister à toutes les tentatives de taxis pour que *seulement* on croie être en présence d'un vrai étranglement.

On doit pratiquer le taxis avec administration de chloroforme, lorsqu'on est en présence d'une hernie irréductible, dès le début des accidents, quel que soit son volume en cela :

Si on a lieu de craindre que l'inflammation n'amène l'étranglement ;

S'il s'agit manifestement d'un étranglement primitif ;

Si on hésite entre l'inflammation et l'étranglement.

Mais il faut, bien entendu, qu'on soit en deçà des délais, passé lesquels on risque de réduire un intestin très-enflammé ou perforé, délais variant suivant l'espèce et le volume de la hernie. Ainsi, d'après Gosselin, ce taxis n'est presque jamais contre-indiqué avant vingt-quatre heures : il l'est pour l'entérocèle pure (surtout hernie crurale) après trente-six heures, et pour les hernies moyennes et grosses, après trois jours : pour les très-petites, il est dangereux dès le premier jour. — Délais plus longs pour les hernies inguinales que pour les crurales, parce que les premières sont le plus souvent plus volumineuses que les secondes, et qu'elles sont fréquemment composées d'intestin et d'épiploon.

L'irréductibilité ancienne de la hernie est une contre-indication du taxis. — Emploi des bains, de la belladone, des purgatifs par la bouche ou en lavement, de la glace appliquée localement, même de la ponction aspiratrice. Si ces moyens échouent, pratiquer la kélotomie le *plus tôt possible*, car il est surabondamment démontré que les *opérations hâtives* donnent de bien meilleurs résultats que les

Fig. 415. — *Bistouri de Cooper.*

opérations tardives. L'opération de J.-L. Petit (opération sans ouverture du sac) n'est possible que lorsqu'on ne craint pas des lésions sérieuses du côté de l'intestin et quand le taxis peut encore à la rigueur être proposé.

Dans ces trois procédés (taxis, kélotomie avec, kélotomie sans ouverture du sac) l'aspiration peut rendre des services en vidant l'intestin des gaz et des liquides qu'il contient et en facilitant le

axis. Enfin, d'une manière générale, si, dans la pensée qu'il est trop tôt ou trop tard, on hésitait à intervenir, mieux vaudrait se décider pour l'action, *les dangers que comporte l'abstention étant plus graves et plus certains pour le malade que ceux d'une intervention prématurée ou inutile.*

Une fois les parties molles incisées et le sac ouvert, M. Le Dentu, pour pratiquer le débridement, se sert soit simplement du bistouri

Fig. 416. — *Débridement de la hernie.*

Fig. 417. — *Manière de tenir le bistouri de Cooper dans l'opération de la kélotomie.*

boutonné, soit du bistouri (fig. 415) d'Ast. Cooper. Il préfère les débridements multiples et peu profonds. Les figures 416 et 417 montrent la manière dont le chirurgien doit faire glisser le dos de l'instrument tranchant sur la pulpe de l'index introduit jusqu'au

niveau du point rétréci, pour pratiquer ce débridement sans craindre de léser l'intestin.

2° AFFECTIONS DES OS ET DES ARTICULATIONS.

a. PIED-BOT PARALYTIQUE. — *Section de l'aponévrose plantaire.* — *Appareil prothétique.* — *Traction élastique.* — Cette variété de pieds bots consécutifs à des paralysies est celle qui présente le plus de conditions défavorables (1), parce qu'il ne faut pas compter rendre la contractilité aux muscles, et que la déviation du pied a amené la déformation dans le squelette même. Cependant, au moyen de la *section sous-cutanée de l'aponévrose plantaire*, on peut être utile aux malades en rendant possible l'application d'un appareil prothétique qui facilite beaucoup la marche; après la section de l'aponévrose, on peut, en effet, espérer lui faire regagner 2 centimètres de sa longueur, et ce seul résultat permet l'application directe du pied sur le sol et d'appliquer un *appareil à traction élastique.* Celui d'Andrews (de Chicago) (fig. 418), établi pour effectuer le redressement du pied varus, représente un des modes les plus usités en Amérique, et, je crois, les plus simples de la traction élastique. Il consiste, d'après la description qui en est donnée par MM. Gaujot et Spillmann, en une large bande emplastique enroulée autour du pied, de façon à abaisser le bord interne et à relever le bord externe en même temps que la pointe. A cette bande sont cousues deux lanières de tissu élastique dont les extrémités supérieures viennent s'engager dans des boucles que supportent deux bandelettes agglutinatives collées et assujetties par d'autres bandelettes circulaires à la partie supérieure de la face interne de la jambe dans la direction des péroniers latéraux. Afin d'augmenter l'effet de la traction des lanières élastiques, qui doivent agir dans le sens de la contraction des muscles péroniers, un tampon formant un point de renvoi est interposé entre elles et la partie inférieure de la jambe.

Un bon appareil destiné à effectuer le redressement du pied varus équin, mais un peu plus compliqué que le précédent, est celui de Blanc (de Lyon) (fig. 419); de plus, excellent pour les difformités légères chez les enfants en bas âge, il serait insuffisant dans le cas de déviation prononcée ou résistante chez les malades d'un âge plus avancé, à cause de la difficulté que l'on éprouve à fixer convenablement le pied sur la semelle, lorsqu'il est fortement infléchi en dedans et enroulé sur la face plantaire. Il faut pratiquer de toute nécessi

(1) Le Dentu, *Journal de méd. et de chirur. pratiques*, art. 10359.

préalablement dans ces cas la section de l'aponévrose plantaire.

b. FRACTURE RARE DU COL CHIRURGICAL DE L'HUMÉRUS (très-haut, avec déplacement considérable de la diaphyse en haut, et en avant). — *S'abstenir de tentatives répétées de réduction.* — *Immobilisation.* — M. Le Dentu croit qu'il est permis de rechercher la réduction dans les premiers jours du traitement; mais, dans ce cas, qui est très-

Fig. 418. — *Appareil de traction à force élastique d'Andrews, pour le mouvement du pied varus équin.*

Fig. 419. — *Appareil de traction à force élastique de Blanc, pour le redressement du pied équin varus.*

A, semelle de bois; B, tige de fer articulée, surmontée d'un collier; C, levier de fer appliqué sur le cou-de-pied; D, courroie avec un anneau de caoutchouc relevant le bord de la semelle; E, autre courroie dont le mode d'action a pour effet de ramener le pied.

rare, où les surfaces fracturées s'abandonnent complétement, la *réserve* dans les tentatives de traction lui paraît justifiée suffisamment par deux raisons: d'abord la crainte de provoquer une inflammation suppurative dans une région articulaire fortement contusionnée et occupée le plus souvent par un vaste épanchement sanguin; ensuite les difficultés certaines et même l'impossibilité présumable de la réduction dans les cas de ce genre.

Il préfère immobiliser le bras par l'appareil décrit dans le graphe suivant.

c. FRACTURE DU COL ANATOMIQUE DE L'HUMÉRUS. — *Appareil visible, dit à claire-voie.* — Pour immobiliser le membre, dans ce riété de fracture, M. Le Dentu a imaginé un appareil (fig. 42 simple par son mode de construction, et qui permet de sur aisément la région malade sur laquelle on peut faire diverses cations si cela est nécessaire. Il rappelle un peu l'applicatio troisième bande de l'appareil de Desault pour la fracture de vicule. Une longue bande de mousseline de 8 centimètres de préparée à l'avance avec huit épaisseurs de cette toile et faufil

Fig. 420. — *Appareil à claire-voie de M. Le Dentu, pour la fracture du col anatomique de l'humérus.*

le milieu, est plongée au pr dans la *solution plâtrée* : l'ava ayant été fléchi sur le bras, l appliquée sur le thorax et le b tement rapproché du tronc, s principe classique, le chirurg deux tours transversaux, pass le bras malade et le côté opp thorax, deux tours verticaux par la région claviculaire ma le coude, deux tours obliqu sant encore par la même régi viculaire et l'aisselle du côté ces trois directions sont in dans la figure ci-jointe. Un co été préalablement placé dans l'a et un peu d'ouate sert de rem aux divers creux laissés par la du membre : la main reste li grand avantage de cet appa de s'appliquer très-vite, en ques minutes à peine. Non-seu M. Le Dentu s'en sert pour les fractures du col anatomiqu encore pour les luxations de l'extrémité externe de la clav les fractures du même os.

3° PLAIES. — AFFECTIONS DES LÈVRES. — AUTOPLASTIE.

a. HÉMORRHAGIE SECONDAIRE. — *Ligature dans la plaie.* — Dentu est grand partisan de la ligature des deux bouts du

dans les plaies fournissant des hémorrhagies secondaires. Dans le rapport qu'il a lu à la Société de chirurgie le 9 février 1875, sur un travail de M. Gaillard, qui conclut que les hémorrhagies de la paume de la main peuvent être arrêtées par la ligature d'une seule artère de l'avant-bras et qu'il n'y a rien d'absolu dans la conduite à tenir par le chirurgien; dans ce rapport, dis-je, M. Le Dentu a pensé que, sauf de bien rares exceptions, il faut poser en principe la nécessité de rechercher les deux bouts de l'artère divisée et ne se rabattre sur les autres moyens qu'en cas d'insuccès. Cependant il est d'avis que, dans certains cas, cette ligature dans la plaie est sinon impossible, au moins fort difficile à effectuer. Un de ses malades avait été blessé au pli du coude : au bout de trois semaines survint une hémorrhagie secondaire. Il chercha à isoler les bouts de l'artère dans la plaie, mais il ne put y parvenir, et il est convaincu que, s'il avait insisté, son malade serait mort avant la fin de l'opération, tellement le sang coulait en abondance. Il fit la ligature

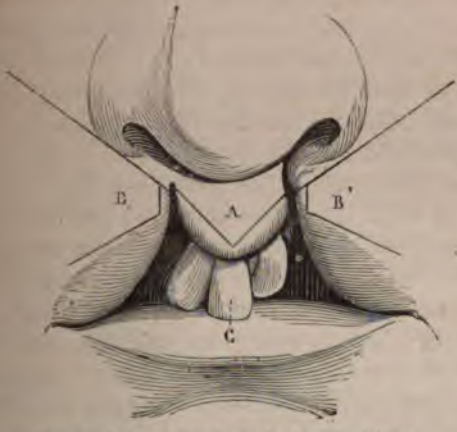


Fig. 421. — *Opération du bec-de-lièvre. (Procédé Sédillot.)*
A, tubercule médian ; B, lèvre droite ; B', lèvre gauche ; C, incisive supérieure.

Fig. 422. — *Le tubercule médian isolé.*
C, incisive supérieure.

de l'humérale à la partie moyenne du bras, et la guérison s'ensuivit.

b. BEC-DE-LIÈVRE (*avec saillie de l'os intermaxillaire*). — *Mortification de la cloison avec un instrument spécial.* — Dans ce cas, Gensoul conseille le refoulement, Franco l'ablation du tubercule A (fig. 421), Blandin celle d'une portion de la cloison en triangle pour permettre le refoulement : Sédillot remédie à l'atrophie et à l'insuffisance de la lèvre par un emprunt fait aux joues comme dans beaucoup d'autres

opérations anaplastiques. M. Le Dentu semble redouter beaucoup l'hémorrhagie à la suite de ces opérations sanglantes, et, pour mettre l'enfant à l'abri de cette hémorrhagie, il cherche à mortifier une portion triangulaire de la cloison en appliquant, sur cette dernière, une espèce d'entérotome dont les deux mors en forme de triangle s'enserrent, comme dans les mors d'une pince, un segment de cette cloison en se rapprochant peu à peu à l'aide d'un petit écrou.

c. ÉPITHÉLIOMA DES LÈVRES. — *Peu partisan de l'autoplastie immédiate.* — A l'exemple de M. Verneuil (1), M. Le Dentu ne pratique que rarement et à moins d'indications toutes spéciales l'autoplastie après l'ablation des épithéliomas de la face.

Érysipèle phlegmoneux, inflammations profondes, gangrène ou enroulement des lambeaux, adhérences aux maxillaires sont autant d'accidents qui s'observent souvent et réduisent à néant le bénéfice immédiat, mais non de longue durée, que laisse après elle l'autoplastie. — La mort elle-même peut survenir comme dans un cas (autoplastie à la suite d'ablation de cancer de la lèvre et de la joue) que M. Le Dentu a apporté à la Société de chirurgie et qui date de 1871. Si on se contente, au contraire, seulement d'enlever le néoplasme même dans une étendue considérable, les rétractions consécutives qui s'opèrent amènent parfois une amélioration étonnante qu'on n'aurait pas même espéré obtenir avec l'autoplastie.

d. SYMBLÉPHARON. — *Autoplastie conjonctivale.* — A l'Association française (2e session) de 1873, il a été communiqué par ce chirurgien un cas de symblépharon traité par une autoplastie conjonctivale qui mérite de fixer l'attention. — Un jeune homme, à la suite d'une brûlure par la chaux, conservait une adhérence cicatricielle de la paupière inférieure à la moitié du globe oculaire, remontant aux deux tiers et demi de la cornée. — M. Le Dentu eut l'ingénieuse idée d'emprunter à la partie supérieure de la conjonctive un grand lambeau en forme de pont pour le transporter sur la partie inférieure du globe. Il procéda à la dissection de la partie de la paupière adhérente à la cornée, en l'isolant largement de chaque côté. De cette façon il fit un cul-de-sac et deux surfaces cruentées. Portant alors le bistouri sur la conjonctive, à la partie inférieure du bulbe, il détacha la muqueuse en remontant par une incision demi-circulaire jusqu'à 2 millimètres au-dessous de la cornée. — Faisant alors une seconde incision curviligne au-dessous de la précédente, il détacha le lambeau conjonctival et le rabattit entre les deux faces

(1) Voyez le service du professeur Verneuil.

saignantes de la première dissection. La partie supérieure du bulbe était alors privée de conjonctive, mais les surfaces cruenteés, répondant à la division du symblépharon, furent séparées l'une de l'autre. Ce lambeau transplanté fut fixé par cinq points de suture en bas et trois en haut; — le résultat fut très-satisfaisant.

4° AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX.

a. TÉTANOS TRAUMATIQUE. — *Chloral par les voies digestives.* — Il faut distinguer le tétanos, au point de vue de la gravité de cette affection et des chances plus ou moins grandes de guérison, en trois catégories principales, à savoir :

Les premiers sur-aigus très-graves;

Les seconds chroniques plus bénins;

Les troisièmes de moyenne gravité.

Ceux de la *première catégorie* résistent à l'emploi du chloral comme à celui de tous les autres agents qui sont, du reste, extrêmement nombreux.

Ceux de la *seconde catégorie* sont susceptibles de guérir spontanément et aussi par toute espèce de méthode.

Enfin ceux de la *troisième paraissent plus particulièrement justiciables du chloral.* C'est dans ces derniers que ce précieux agent paraît devoir rendre de réels services. — Quant au mode d'administration du médicament, M. Le Dentu préfère de beaucoup l'introduction par les voies digestives aux injections veineuses, applicables seulement aux cas où la méthode naturelle serait impossible.

b. NÉVRALGIE TRAUMATIQUE DU NERF OBTURATEUR. — *Injections et vésicatoires morphinés.* — Cette névralgie est très-rare, car les auteurs gardent un silence absolu à son sujet. M. Le Dentu (1) en a observé un exemple chez une vieille demoiselle qui avait une contusion violente à la fesse et à la partie postérieure de la cuisse par suite de chute de cheval. — Élancements douloureux siégeant à la partie supéro-interne de la cuisse irradiant de là vers le genou et jusqu'au côté interne du talon (branche anastomotique avec le saphène interne) : la pression dirigée vers le trou sous-pubien provoquait de vives douleurs; autre point douloureux au-dessus de l'anneau du grand adducteur.

Injections hypodermiques. Vésicatoires pansés au chlorhydrate de morphine, frictions avec le liniment chloroformé. — La guérison fut obtenue dans l'espace de deux mois.

(1) Le Dentu, *Gaz. des Hôp.*, 21 févr. 1874.

5° AFFECTIONS DES VOIES URINAIRES.

CYSTITE CATARRHALE. — *Modificateurs thérapeutiques variés.* — A l'état aigu (1), usage de moyens antiphlogistiques ; à l'état sub-aigu et surtout à l'état chronique, usage interne des *balsamiques* et application de la *méthode révulsive :* — se garder toutefois de recourir aux *vésicatoires*. Malgré la précaution que l'on prend de les saupoudrer de camphre, ils exercent souvent une action nuisible sur un organe qui a plus besoin de sédation que d'excitation, il vaut mieux les proscrire complétement. S'adresser, comme dérivatifs, plutôt à la *teinture d'iode* en badigeonnage sur la région hypogastrique ou sacrée, à l'*huile de croton*, à la *pommade stibiée* conseillée par Civiale, même à la *cautérisation ponctuée ignée*.

Un excellent moyen consiste dans la *pratique des injections vésicales à grande eau* (sonde à double courant), eau froide contre l'atonie vésicale pour tonifier les fibres musculaires, eau chaude pour les vessies irritables et d'une sensibilité exagérée, injections répétées tous les jours ou tous les deux jours. On conseille également les injections effectuées avec une *décoction de feuilles de noyer, d'écorces de chêne*, avec l'*eau blanche*, l'*eau de chaux*, l'*eau de goudron* surtout. Des modificateurs, dont l'action est beaucoup plus énergique, qu'il ne faut employer qu'avec de grands ménagements et dans les cas absolument rebelles, sont : l'*alun*, le *sulfate de cuivre*, enfin le *nitrate d'argent ;* pour ce dernier, il convient de ne guère dépasser de 0,05 à 0,10 de sel par injection de 250 grammes. C'est une médication substitutive à surveiller attentivement, car elle peut déterminer des accidents sérieux.

(1) Le Dentu, *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 15 février 1877.

HOPITAL COCHIN

M. LE DOCTEUR ARMAND DESPRÉS (1)

1° AFFECTIONS OSSEUSES ET ARTICULAIRES.

a. FRACTURE DU STERNUM. — *Immobilisation.* — Lorsqu'elle est transversale, sans déplacement et sans aucune complication soit du côté des poumons, soit du côté du cœur, le traitement est des plus simples : compresses résolutives pendant les premiers jours s'il y a un peu de gonflement et d'ecchymose, puis *immobilisation* de la poitrine au moyen d'un bandage de corps ordinaire. Comme il est impossible ici, pour percevoir la crépitation caractéristique de la solution de continuité, de saisir les fragments et de les mouvoir l'un sur l'autre, M. A. Després fait bomber en avant le sternum en mettant sous la région dorso-lombaire un coussin un peu dur : alors, deux doigts appliqués au-dessus et deux autres au-dessous

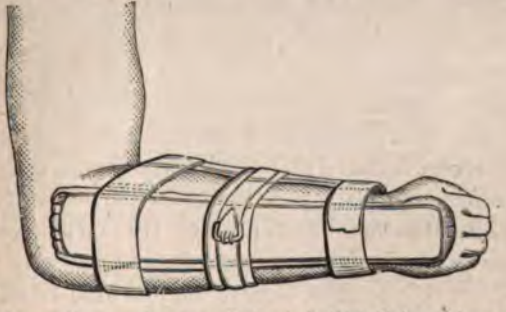


Fig. 423. — *Appareil pour fracture de l'extrémité inférieure du radius, récente. Courroie élastique sur le lacs moyen.*

du point fracturé, figurant le mouvement que l'on exécute pour chercher la fluctuation dans une poche liquide, font basculer les deux fragments en sens opposé, ce qui donne lieu à la crépitation.

(1) 1864, Chirurgien du Bureau central; — 1865, Sainte-Périne; — hôpital Lourcine. — 1872, hôpital Cochin.

b. FRACTURE DU RADIUS (*extrémité inférieure*). — *Appareil de Nélaton modifié.* — M. Després applique au bout de trente-six ou quarante-huit heures l'appareil Nélaton (fig. 423) maintenu par des lacs de diachylon et une courroie élastique, sur le lacs moyen, en ayant soin

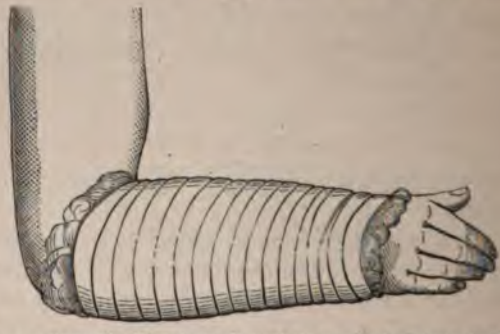


Fig. 424. — *Appareil silicaté ou dextriné pour la fracture de l'extrémité inférieure du radius.*

de fléchir les doigts. Cet appareil ne doit être laissé en place que dix jours, puis application (fig. 424) d'un appareil silicaté ou dextriné avec couche épaisse d'ouate. Ne pas emprisonner le pouce; se garder d'immobiliser trop longtemps le poignet de peur des roideurs consécutives.

c. LUXATION COMPLÈTE (PAR ÉNUCLÉATION) DE L'ASTRAGALE SANS PLAIE. — *Temporisation, puis extirpation consécutive de l'astragale.* — L'absence de solution de continuité des téguments engage M. A. Després à tenter la réduction, puis à placer le pied dans l'immobilité la plus absolue en le recouvrant de cataplasmes. S'il survient ultérieurement, par suite de la compression des téguments, une plaque noire de gangrène sèche, il attend que cette mortification, qui, à sa chute, doit déterminer une plaie pénétrante de l'articulation tibio-tarsienne, se soit entièrement éliminée : et, si l'état général est bon, il croit nécessaire alors d'avoir recours à une opération radicale; il ne pratique, en ce cas, ni la désarticulation tibio-tarsienne secondaire qui ne lui semble guère aujourd'hui préconisée que par M. J. Roux et quelques autres chirurgiens militaires, ni l'amputation sus-malléolaire. Il préfère plutôt l'extirpation consécutive de l'astragale qui paraît avoir été faite jusqu'àp résent avec assez de succès, puisque M. Broca en 1861 annonçait à la Société de chirurgie que sur vingt-six cas il avait eu vingt-quatre guérisons, et que M. Dubrueil (1)

(1) Dubrueil, *Des indications que présentent les luxuations de l'astragale*; Thèse inaug., Paris, 1864.

en a réuni trente (les précédents compris), sur lesquels vingt-neuf ont eu une terminaison heureuse.

d. MAL DE POTT. — *Corset lacé au silicate de potasse.* — M. A. Després emploie assez souvent pour maintenir la poitrine et la colonne vertébrale un nouveau genre de corset bien facile à fabriquer : il est obtenu à l'aide de linges enduits de *silicate de potasse* et disposés en forme d'une cuirasse dont l'ouverture longitudinale antérieure a les deux bords percés d'œillets : un lacet passant par ces orifices permet, comme dans le corset ordinaire, de serrer les deux côtés à volonté; cet appareil bien simple dans sa confection présente trois grands avantages : la facilité d'exécution, la solidité et l'économie.

e. ENTORSE TERMINÉE PAR SUPPURATION. — *Incisions multiples, compression.* — Lorsque l'entorse se complique de phlegmon de la jambe (gaines des péroniers et des extenseurs), comme nous en avons vu un cas dans son service chez un jeune homme de 17 ans, M. A. Després traite d'abord par le repos et les cataplasmes : au bout de quelques jours, quand au gonflement et à la rougeur viennent s'ajouter l'œdème puis la fluctuation, il fait des *ouvertures multiples* sur le trajet des gaines des tendons, en même temps une *compression méthodique*, exercée sur les tissus œdématiés et indurés, contribue à diminuer le volume du membre.

f. LUXATION DE L'ÉPAULE (*récente*). — *Traction continue.* — Ce chirurgien emploie exclusivement, pour la réduire, le procédé à traction continue, avec deux aides tirant par leur propre poids, comme le représente la figure 425, et se renouvelant quand ils sont fatigués, de façon à obtenir, sans chloroforme, la résolution des muscles du bras et de l'épaule du malade. M. Desprès n'a jamais employé d'autre moyen depuis 1865 (1) : huit luxations en moyenne ont été réduites par an, et *il n'a jamais échoué*, moyenne de dix minutes pour la réduction; deux fois il a fallu une demi-heure et trente-cinq minutes; ce moyen de plus, selon ce chirurgien, épargne bien des souffrances au malade.

g. FRACTURE DE LA JAMBE AU TIERS MOYEN. — ÉCRASEMENT. — *Amputation de la cuisse au tiers inférieur.* — M. A. Després croit que la désarticulation du genou n'est pas, comme l'ont avancé plusieurs auteurs, moins grave que l'amputation de cuisse au tiers inférieur, et cela à cause des complications sérieuses immédiates ou consécutives qui peuvent en résulter, telles que suppuration profonde et étendue, gangrène, inflammation suraiguë de ce qui reste de

(1) A. Després, *La Chirurgie journalière* (*Leçons de clinique chirurgicale professées à l'hôpital Cochin*, p. 128, 1877).

l'articulation au milieu de la plaie. — La désarticulation du genou,

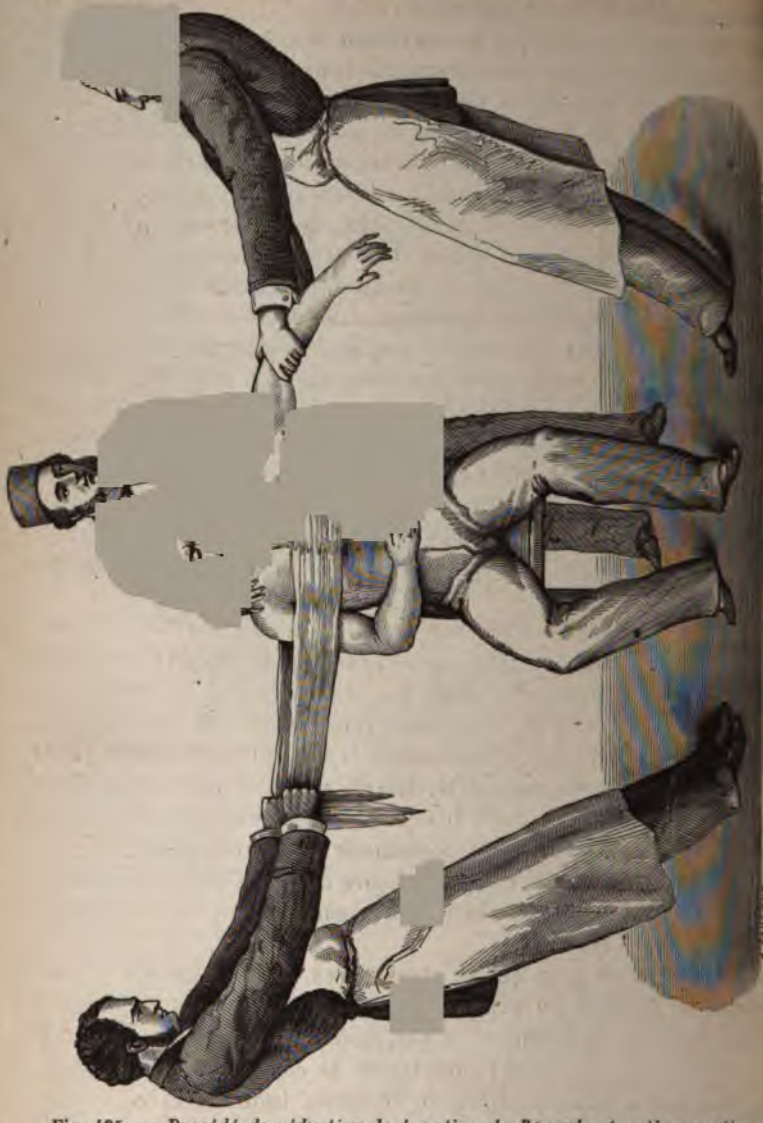


Fig. 425. — *Procédé de réduction de luxation de l'épaule, traction continue des aides (A. Després).*

pour le moins, ne pourrait être acceptée que dans les cas où le traumatisme de la jambe, avec fracas des os et délabrement des parties

s, ne siége qu'à la partie inférieure de ce membre, et n'a aucun issement sur le genou : encore, dans ce cas, faut-il que le soit jeune et vigoureux.

dmet assez volontiers l'indication de la désarticulation du ge- ans les cas de tumeur néoplasique du tibia : c'est la méthode nith (deux lambeaux, un antérieur long et un postérieur court) choisit. Nous donnerions plutôt la préférence à la méthode que qui permet de recouvrir bien plus facilement les condyles aux au niveau de chaque extrémité du diamètre transversal, comprend également à la partie postérieure un petit lambeau ulaire ayant pour effet de combler l'espace inter-condylien. sprés croit qu'au point de vue de la prothèse, la désarticulation nou est loin d'offrir plus d'avantages que l'amputation de la e au tiers inférieur.

ant aux désarticulations accompagnées de résection des con- , à la suite de blessures par armes à feu du genou, elles sont emment pratiquées par les chirurgiens américains, mais elles ent pas de grande différence avec les *amputations de cuisse sus-yliennes* et, au point de vue du résultat, elles ne semblent pas bien supérieures à l'amputation de la cuisse en bas.

FRACTURES DE LA JAMBE. — *Attelle plâtrée immédiate.* — M. A. rés dans ces fractures ne fait usage ni des gouttières qui ont le vantage de déterminer de la roideur articulaire du genou et du de-pied, ni des pointes de Malgaigne, ni des pelotes à compres- de Laugier, ni de l'attelle de Dupuytren. Il reconnaît de grands

Fig. 426. — *Gouttière en linge plâtré de Herrgott.*

tages aux gouttières moulées en fil de fer de M. Sarazin 427), et à la gouttière en linge plâtré de Hergott (fig. 426), il préfère de beaucoup l'*attelle plâtrée de Maisonneuve* avec cer- es modifications relatives à la préparation de la bande et aux

…lié, on chiffonne la bande de tarlatane dé-
…e vase et on l'imprègne bien de plâtre;
et

Fig. 430. — *Appareil américain pour les fractures de cuisse.*

…polit
…avec une
… Després place
tissu élastique
…s, une au niveau
…ne au-dessous, la
…sus : la peau où
…urroie est proté-
…presse. Cet appa-
…it surveiller pour
…res *n'immobilise ni*
…u-de-pied, permet
se coucher comme
…aintient les frag-
toute latitude pour
…s plaies.

…E CUISSE. — *Appa-*
— Il préfère pour
…on l'appareil amé-
…), qui est un perfectionnement de l'appareil de
…é par Boyer. (Longue attelle coudée en bas avec
…bandage de corps, sous-cuisse pour la contre-exten-

moyens de déligation de l'appareil (1). *Quelle que soit la fracture de jambe*, toutes les fois que les désordres ne sont pas tels qu'il faille amputer, on peut appliquer l'appareil plâtré de la manière suivante

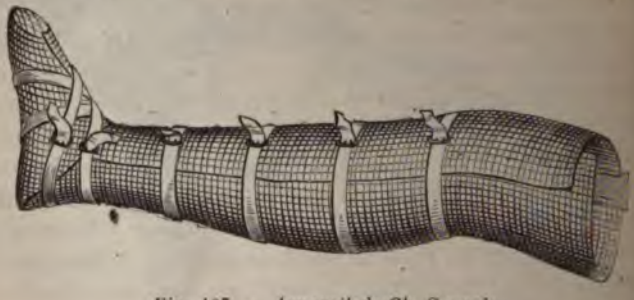


Fig. 427. — Appareil de Ch. Sarazin.

(fig. 427 et 428) : on taille dans une pièce de grosse tarlatane de 30 centimètres de large une longueur qui égale le double de la hauteur

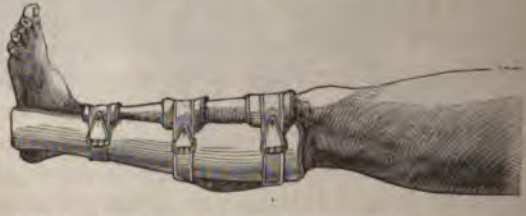


Fig. 428. — *Attelle plâtrée immédiate maintenue par trois courroies élastiques. Appareil à fracture de la jambe vu de profil.*

depuis la tubérosité antérieure du tibia jusqu'à la plante du pied ; on plie la bande en plusieurs doubles, de manière à faire une bande

Fig. 429. — *Le même appareil, vu de face.*

de 8 à 10 centimètres de large ; réduction de la fracture que l'on fait maintenir par un aide ; on délaye dans un vase en terre du plâtre moulu dans de l'eau simple (l'eau gélatinée ou salée ne vaut pas mieux, selon lui, que l'eau simple) à la température ambiante

(1) A. Després, *Bull. gén. de thérap. méd. et chir.*, 15 octobre 1873.

eu tiède; le plâtre lié, on chiffonne la bande de tarlatane dé- on la trempe dans le vase et on l'imprègne bien de plâtre; t, on retire la tarlatane et lie en plusieurs doubles, précédemment; le mem- tenu, le chirurgien place le-plâtre en appliquant le sous la plante du pied et en remonter les deux chefs ans et en dehors de façon oller sur la jambe. Il ne s faire remonter la bande u genou, ni même dé- les tubérosités du tibia. t la dessiccation de l'ap- un quart d'heure), le chi- presse dans un sens ou utre, de façon à corriger le ement et à renforcer l'attelle u nouveau plâtre; on polit rrondit les bords avec une . Enfin, M. Després place *urroies de tissu élastique* de boucles, une au niveau acture, une au-dessous, la ne au-dessus : la peau où haque courroie est proté- une compresse. Cet appa- e l'on doit surveiller pour es eschares *n'immobilise ni u ni le cou-de-pied*, permet lades de se coucher comme lent, maintient les frag- et laisse toute latitude pour ement des plaies.

Fig. 430. — *Appareil américain pour les fractures de cuisse.*

ACTURE DE CUISSE. — *Appa- éricain.* — Il préfère pour re de lésion l'appareil amé- (fig. 430), qui est un perfectionnement de l'appareil de t, modifié par Boyer. (Longue attelle coudée en bas avec t et vis; — bandage de corps, sous-cuisse pour la contre-exten-

sion ; — extension par bandelettes de diachylon). Pas d'escha craindre avec cet appareil, mais il entraîne la roideur du ge qu'évite l'appareil d'Hennequin (1).

j. FRACTURE DE LA CLAVICULE. — *Appareil analogue à celui de Bo* — L'appareil de Boyer est un bandage de corps en cuir et bo avec bretelles, tenant le coude rapproché du tronc. Celui que conise M. Després (fig. 431) est analogue, mais a le grand avan d'être fabriqué avec du linge et des épingles : — bandage de ce

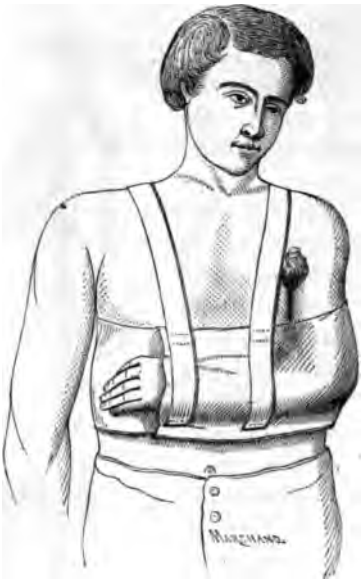


Fig. 431. — *Appareil pour fracture de la clavicule* (A. Després).

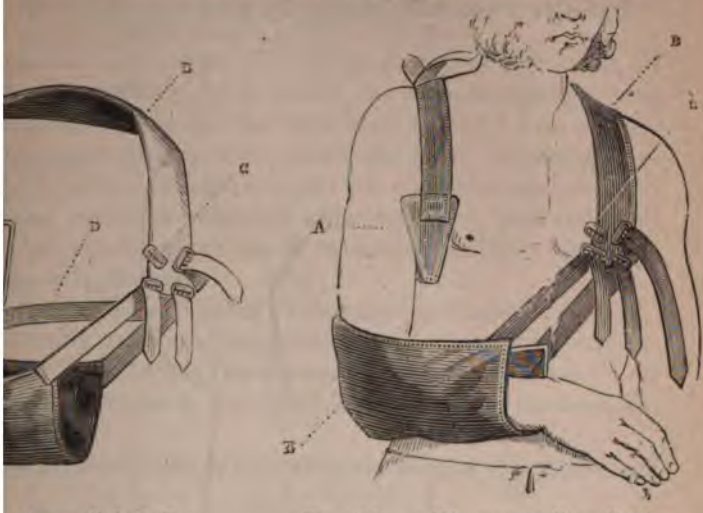
bretelles, godet obtenu par un pli rabattu pour contenir le c Coussin axillaire. Laisser la main libre pour éviter les engo sements. Enlever l'appareil le 20e jour, le 15e jour che enfants : chez ces derniers le meilleur moyen d'obtenir mobilité est d'*habiller* l'enfant par-dessus le bras en écharp appareil est l'analogue de celui de R. J. Levis (fig. 432 et mais il n'a pas l'inconvénient d'exiger une fabrication sp et coûteuse.

k. RESECTION DE LA HANCHE. — *Procédé de Syme* (2). — Le pr

(1) Voyez les services de MM. Désormeaux et Panas.

(2) Chacune des petites figures représente la partie externe de l'artic coxo-fémorale du côté gauche.

/hite consistant (1) à faire une seule incision rectiligne (*ab*)
r le côté externe de l'articulation, et par conséquent sur le

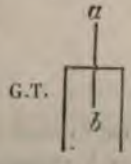


– Appareil de R. T.
Philadelphie pour
ire de la clavicule.

Fig. 433. — *Même appareil appliqué.*

sous-axillaire (fig. 432). — E, une sorte de fronde recevant le coude et l'avant-bras.
rge bande qui relie ces deux parties, et des courroies pour assujettir le tout. — Le
-axillaire, de forme conique à base supérieure, court et non dépressible, est soutenu
rroies bouclées sur l'extrémité de la large bande B. — Celle-ci s'applique par son
érieure sur la face externe du moignon de l'épaule du côté lésé; de là, elle passe
ent au-dessus des épaules, derrière le cou, pour descendre en avant de l'aisselle et
e du côté sain jusqu'aux environs du mamelon, où elle se termine par une extrémité
atre boucles. Trois de ces boucles reçoivent les courroies qui soutiennent la fronde
ger le coude et l'avant-bras. — C, la quatrième boucle, sert lorsque l'appareil est
r la clavicule du côté opposé. — Des trois courroies qui supportent l'écharpe, deux
n avant de la poitrine et se dirigent obliquement vers l'extrémité de la grande bande.
ième part du bord postérieur de la fronde derrière le coude, passe en travers sur le
rejoindre la large bande en faisant le tour de la poitrine du côté sain. Pour appli-
areil (fig. 433), on commence par placer le coussin en engageant le bras dans l'inter-
x courroies qui relient le coussin à la bande. — Celle-ci étant alors adaptée sur les
ferme le coude et l'avant-bras dans l'écharpe soigneusement matelassée, et l'on ter-
tant les courroies.

)chanter G. T., n'est pas adopté par M. Després, parce qu'il



1

ivre pas suffisamment bien l'articulation. Il aimerait mieux

la méthode d'Ollier, incision brisée A sur la face externe de la (fig. 434).

Il préfère le procédé de Syme (II), qui n'est qu'une *incision*

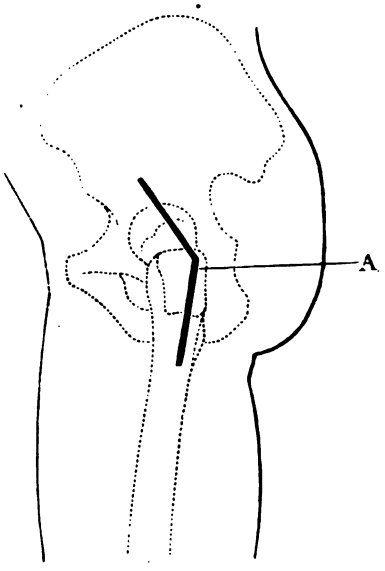
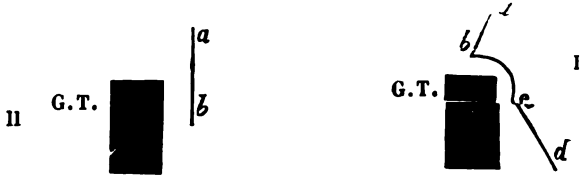


Fig. 434. — *Hanche, face externe.*
A, résection de la hanche (procédé d'Ollier).

gne (*ab*) décrite longitudinalement un peu en arrière du g chanter G.T. C'est aussi celui que nous avons vu pratiqu professeur Gosselin à l'hôpital de la Charité. En imprimant gère courbure à cette incision, on découvre plus aisément le constituantes de l'articulation.

Le choix du procédé nous paraît devoir être du reste sub à la portion du squelette que l'on va sacrifier : si l'on se



de reséquer la tête fémorale, il est évident que la première des parties molles doit chercher à ménager l'insertion d umscles trochantériens : aussi y aura-t-il avantage à emplo

méthodes précédentes ou celle de Langenbeck dans la- hirurgien décrit une incision de 6 à 10 centimètres qui a le départ sur la partie moyenne du grand trochanter et ge vers l'épine iliaque postéro-inférieure.

édé de O. Heyfelder (III), dit par *incision en ligne brisée*, est plus commode, mais donne lieu à un délabrement plus le des parties molles. Cette incision part à 5 ou 6 centi- -dessus et un peu en arrière du grand trochanter vers se dirige (*ab*) obliquement : elle contourne ce dernier en ne courbe à concavité antérieure (*bc*), puis redevient (*cd*) et oblique en bas et en arrière pour finir sur la face e de la diaphyse.

loit reséquer en entier l'extrémité supérieure du fémur, il ieu de vouloir ménager l'insertion des muscles trochanté- ar l'incision que l'on pratique, on doit surtout avoir pour lonner le plus de jour possible pour attaquer l'articulation

n *semi-elliptique* de Billroth et de Sédillot (fig. 435) et qui

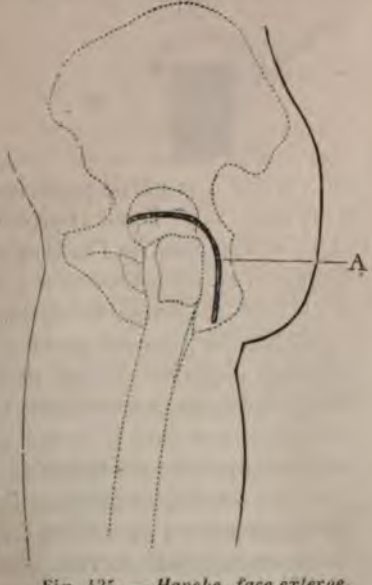


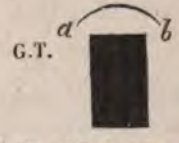
Fig. 435. — *Hanche, face externe.*
A, resection de la hanche (procédé de Sédillot).

ptée par M. A. Guérin est certainement une des plus com- lle circonscrit par sa courbure antérieure (A) toute la par-

tie postérieure du grand trochanter et rend la dissection des parties molles profondes beaucoup plus facile.

Du reste, en thèse générale, nous pouvons dire que, comme difficulté, rien ne ressemble moins à la resection faite sur le vivant que la même opération pratiquée sur le cadavre. Dans le premier cas, le temps de la désarticulation est grandement facilité par les altérations osseuses qui ont nécessité l'intervention chirurgicale, et on arrive aisément au résultat que l'on se propose par l'une ou l'autre des méthodes, plus ou moins modifiées, que nous venons d'indiquer.

Sur le cadavre c'est tout autre chose, les difficultés sont toujours extrêmes pour parvenir à faire sortir la tête fémorale de l'intérieur de la cavité cotyloïde lorsqu'on emploie les incisions longitudinales plus ou moins parallèles aux fibres du grand fessier : aussi avions-nous l'habitude, pendant notre prosectorat à la Faculté, de faire répéter aux élèves cette resection par le procédé suivant qui, s'il est bien exécuté, permet à la tête de venir faire saillie hors de la plaie en quelques secondes : le couteau plongeant dans les parties molles en avant du grand trochanter décrit tout autour de l'extrémité supérieure de cette apophyse une incision curviligne (IV) *ab*, à concavité dirigée en bas, qui s'arrête à sa partie postérieure ; en deux ou trois coups tous les tissus mous superficiels et profonds sont divisés : le chirurgien porte alors le tranchant de l'instrument en avant sur le ligament capsulaire antérieur, et le sectionne : reste à produire la luxation : le genou est fléchi et porté fortement en dedans et en avant : mais il ne faut pas chercher, dans ce premier temps d'adduction et de rotation en dedans du fémur, à faire sortir brusquement la tête, on n'y parviendrait pas ; on exécute cette rotation, puis on relâche la cuisse, l'air entre alors dans la cavité articulaire (bruit de succion) et une légère propulsion du fémur en dedans suffit à produire l'issue de la tête qui s'échappe presque d'elle-même de sa cavité de réception ; on achève alors la section du ligament rond. Ce procédé, tel que nous venons de le décrire, n'est peut-être bien qu'un simple procédé d'amphithéâtre, mais on pourrait appliquer quelqu'un de ses temps à l'exécution de cette resection sur le vivant : en tout cas, il est prompt et facile sur le cadavre, quel que soit le volume des muscles trochantériens.



IV

La scie à chaîne, dont on fait habituellement usage pour retrancher la tête du fémur, n'est pas non plus toujours d'un maniement commode; aussi pensons-nous qu'on peut procéder aisément à la section de cette extrémité à l'aide d'une scie à main et en protégeant les parties molles postérieures par l'interposition simple d'une attelle entre l'os et les chairs ou de la sonde de Blandin. La scie de Butcher, modifiée par M. Trélat, qui a l'avantage de pouvoir sectionner des régions profondes aux parties superficielles peut, en cette circonstance, rendre de grands services.

Ce procédé peut se ranger à côté de celui de MM. Perrin (fig. 436, A) qui consiste en une incision en V renversé circonscrivant

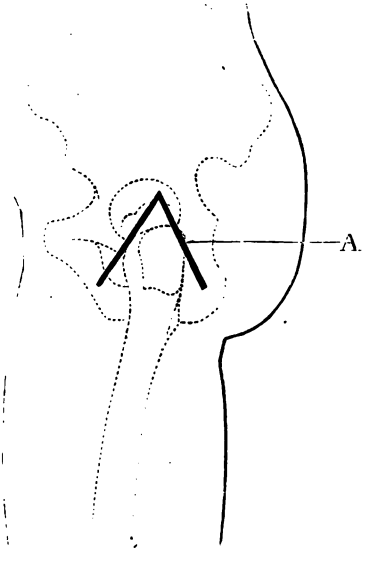


Fig. 436. — *Hanche, face externe.*
A, résection de la hanche (procédé de Jæger et de Maurice Perrin).

un lambeau triangulaire dont le sommet est placé à deux ou trois doigts au-dessus du grand trochanter.

l. LUXATION COXO-FÉMORALE. — *Procédé de Després père.* — Ce chirurgien fait usage, pour la réduction de cette luxation, de la méthode que son père a imaginée (flexion combinée avec la rotation) et que nous avons décrite dans le service du professeur Dolbeau. Ce moyen (fig. 437) dispense d'aides et surtout n'exige pas la chloroformisation du blessé, ce qui est un grand avantage.

m. PIED VALGUS ACCIDENTEL. — *Thérapeutique différente suivant la variété à laquelle on a affaire.* — *Électricité, ténotomie.* — Il existe deux variétés principales :

Fig. 437. — *Réduction des luxations de la cuisse par le procédé de Després père.*

1° Le pied plat valgus douloureux (1);

2° Le pied creux valgus douloureux.

Chacune de ces variétés offre, au point de vue anatomique et par conséquent thérapeutique, des différences très-marquées.

Dans la première variété (*pied plat valgus douloureux*) qui répond à ce que M. Gosselin appelle *tarsalgie des adolescents*, parce que ce professeur rapporte le renversement du pied en dehors à une arthrite des articulations tarsiennes; dans cette première variété, dis-je, où les douleurs sont dues certainement, en grande partie, au tiraillement des ligaments dans l'intérieur desquels M. Sappey a démontré la présence de nombreux filets nerveux, il n'y a pas, à proprement parler, *paralysie*, mais *affaiblissement* plus ou moins prononcé des long et court péroniers latéraux et du péronier antérieur (muscle plutôt abducteur qu'extenseur) : par suite de l'affaiblissement de ces muscles, l'action du jambier antérieur, qui est leur antagoniste, s'exagère pour lutter contre la production du valgus, et son tendon devient saillant sur le dos du cou-de-pied, dans ce cas le pied est réellement plat.

(1) Voyez service de M. le Dr Duplay.

Les recherches de Sœmmering, de Bourgery, de Duchenne (de Boulogne) (1), nous ont en effet démontré, quant à la physiologie du pied, que d'une part *le tendon du long péronier latéral* est un vrai ligament actif, qui abaisse la saillie sous-métatarsienne et creuse par conséquent la voûte plantaire, que d'autre part *le tendon du jambier antérieur* détruit au contraire cette voûte en élevant la saillie sous-métatarsienne, ce qui rend le pied plat.

Ces deux faits anatomiques étant acquis, le pied plat valgus est-il justiciable de la médecine opératoire? nous ne le croyons pas, car si la contracture du jambier antérieur peut exister, elle est rare, et en tout cas la section de ce tendon serait le plus souvent inutile, cette première *variété* étant due essentiellement à l'impotence du muscle long péronier latéral : c'est donc à ce dernier qu'il faut s'adresser, non pas le sectionner comme l'a fait trop souvent l'empirisme, mais chercher à lui rendre sa puissance au moyen de l'électricité par induction, c'est-à-dire de la faradisation.

Dans la seconde variété (*pied creux valgus douloureux*) il y a exagération de la voûte plantaire par contracture des long et court péroniers latéraux et par défaut de puissance du jambier antérieur qui est en quelque sorte frappé de déchéance. Dans ces cas, le traitement doit être chirurgical et consister dans la section des tendons des péroniers et on peut y joindre la faradisation du muscle antagoniste, c'est-à-dire du jambier antérieur; toutefois c'est surtout à la ténotomie des péroniers, en deux endroits différents, que l'on doit s'adresser et éviter, par l'électrisation, d'agir sur les autres muscles, ce qui n'aurait qu'un effet nuisible, augmenter la contracture (véritable crampe analogue à celle des écrivains).

En un mot : 1° c'est principalement à l'*électricité* (agir sur les péroniers) qu'on doit avoir recours dans le pied plat;

2° C'est principalement la *ténotomie* (des péroniers) qu'on emploiera sur le pied creux.

Ce n'est qu'accessoirement à moins d'indication formelle qu'on agira dans le muscle jambier antérieur.

n. HYDARTHROSE DU GENOU. — *Dangers des ponctions aspiratrices.* — M. A. Després se montre très-réservé dans l'emploi des ponctions aspiratrices et évacuatrices pour les collections séreuses ou hématiques des articulations, et nous ne saurions trop l'approuver, car une plaie articulaire, quelque insignifiante qu'elle puisse paraître, est loin d'être exempte de tout danger.

(1) G. B. Duchenne (de Boulogne), *Physiologie des mouvements*. Paris, 1867.

Dans un rapport lu à la Société de chirurgie (1) sur un travail de M. le Dr Dieulafoy, *Des ponctions évacuatrices dans les épanchements articulaires du genou*, A. M. Després ne s'est pas déclaré, d'une façon générale, partisan de cette méthode thérapeutique, et la majorité des membres de cette société a adopté ses conclusions.

Il pense que, dans les hydarthroses et hémo-hydarthroses d'origine traumatique, les méthodes anciennes portent en elles beaucoup plus de sécurité, et généralement une guérison tout aussi rapide et aussi efficace que l'emploi de l'aspirateur.

Dans les épanchements de sang articulaires, l'usage en serait complétement contre-indiqué. A ce propos, nous devons rappeler que nous avons vu, à l'hôpital Beaujon, Jarjavay pratiquer fréquemment des ponctions à l'aide d'une lancette dans les hémo-hydarthroses traumatiques du genou avec ou sans fracture de la rotule et obtenir des succès, comme l'a consigné M. le Dr Thévenot (2); mais nous nous souvenons d'un cas de mort survenu à la suite d'une semblable pratique ; le mieux, à notre avis, est évidemment de faire de la thérapeutique expectante plutôt que d'exposer les malades à des accidents, quelque rares qu'ils puissent être.

Pour les hydarthroses rhumatismales, les ponctions (en en admettant même l'innocuité) ne sont pas d'une utilité plus grande, car il faut les renouveler à plusieurs reprises, ce qui conduit, pour arriver à la guérison, à une période de 20 ou 25 jours, qui représente normalement le temps nécessaire pour obtenir le même résultat à l'aide des anciens moyens ; il en est de même pour les arthrites blennorrhagiques. Toutefois, M. A. Després (3) ne repousserait pas complétement l'aspiration dans les hydarthroses chroniques stationnaires qui se montrent rebelles au traitement classique. M. Duplay a cependant rappelé un fait provenant du *the medical Record* et qui est relatif à une mort ayant suivi la ponction pratiquée pour une hydarthrose chronique du genou.

o. RESECTION DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR. — *Procédé de Nélaton.* — *Pince de Liston.* — De tous les procédés mis en usage, M. A. Després préfère celui à lambeau de Nélaton, dans lequel l'incision *brisée* (fig. 438, A) vise la lèvre supérieure sur les côtés de la ligne médiane, contourne l'aile du nez et vient rejoindre obliquement le sillon oculo-palpébral qui est incisé dans une grande partie de son étendue. — Dans les différents temps de cette opération il croit,

(1) A. Després, *Bullet. de la Soc. de chir.*, 14 mai 1873.
(2) Thévenot, Thèse inaugurale, 1865.
(3) *Soc. chir.*, 1873.

comme le plus grand nombre des chirurgiens, que le plus délicat est celui de la section de l'os malaire. Dans un cas, il a eu les plus

Fig. 438. — *Resection des maxillaires, incisions cutanées.*

A, maxillaire supérieur (procédé Nélaton); B, maxillaire supérieur (procédé d'E. Bœckel); C, maxillaire inférieur, resection de la moitié de l'os.

grandes difficultés à passer la scie à chaîne par la fente sphéno-maxillaire ; aussi pense-t-il qu'il est préférable de sectionner le pont osseux à l'aide de la pince de Liston. Dans l'emploi de cet instrument il ne faut pas, du reste, s'évertuer à vouloir diviser l'os d'un seul coup, mais bien mordre successivement et à reprises différentes sur le squelette : c'est du moins la conduite que tient M. Després.

Pour les deux temps qui consistent à sectionner la branche montante et la voûte palatine, nous croyons, en effet, que l'usage de la pince de Liston ou de Columbat est indiqué, mais quant au 3e temps (section du prolongement malaire), la scie à chaîne lui convient bien mieux. D'une part, on arrive aisément jusqu'à la fente sphéno-maxillaire, si on a le soin de prolonger l'incision oculo-palpébrale jusqu'à la partie externe du rebord orbitaire ; d'autre part on peut passer avec facilité la scie à chaîne par la fente en employant la sonde à resection de M. Nicaise. Cette dernière est fabriquée sur le modèle de l'aiguille de Cooper : elle est constituée par un *ressort* demi-circulaire, dont l'une des extrémités se continue avec une tige rigide pourvue de manche et dont l'autre représente un bec mousse et peu coudé qui est percé d'un chas destiné à laisser passer le fil de la chaîne.

De plus, cette scie à chaîne mise en place peut être plus sûrement maniée d'une main en la montant sur un arbre aux deux

bouts duquel elle se trouve accrochée (arbre Collin, arbre Mathieu) (fig. 439). — La section faite de cette manière est bien plus

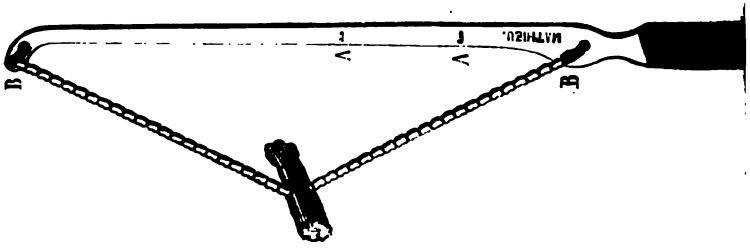


Fig. 439, — *Scie à chaîne montée sur un archet (Mathieu).*

nette et sans esquilles, conséquence à craindre quand on emploie la pince coupante.

p. FRACTURE DU BRAS. — *Même appareil que pour la fracture de la*

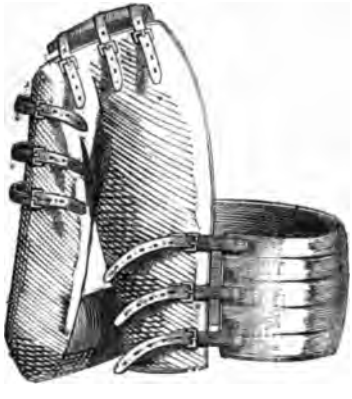


Fig. 440. — *Gouttière thoracique de Bonnet pour les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus.*

Fig. 441. — *Appareil pour les fractures du bras, avec la gouttière de gutta percha pour les cas de la fracture de la partie moyenne de l'humérus* (A. Després). (Sur la figure, on voit que la main est maintenue par une bretelle, mais le malade peut sortir la main et remuer de temps en temps les doigts

clavicule. — La double gouttière thoracique de Bonnet (fig. 440

destinée au thorax et au bras, est bonne, mais tient difficilement en place. Il rejette les appareils inamovibles. Il applique le même appareil que pour les fractures de la clavicule ; — bandage de corps avec bretelles, godet obtenu par un pli et destiné à contenir le coude. Tampon d'ouate axillaire ; serrer le bras contre le tronc qui (fig. 442) sert d'attelle : — trente-cinq jours pour obtenir un cal. Quand la fracture siége à la partie moyenne, il maintient en même temps la coaptation par une gouttière de gutta-percha, comme le montre la figure.

g. EXOSTOSE DU SINUS MAXILLAIRE. — *Resection de la branche montante et de la paroi antérieure du sinus.* — Dans le cas où l'exostose s'est développée du côté de la fosse nasale et de l'orbite, mais sans en détruire les parois, M. A. Després (1) fait usage d'un procédé consistant à reséquer la branche montante du maxillaire supérieur et toute la partie de ce maxillaire qui forme la fosse canine : par ce procédé on ouvre largement le sinus dans une étendue de 2 centimètres dans un sens, sur un centimètre et demi dans l'autre. Seulement le canal est entièrement détruit avec l'os qu'on enlève. Cette ouverture peut donner passage à un corps d'un volume égal à celui de la moitié d'un œuf.

1er *temps :* Incision partant du grand angle de l'œil, au point de la saillie du tendon de l'orbiculaire, puis côtoyant la base du nez et contournant l'aile du nez jusqu'au point où commence le sillon naso-labial, autre incision suivant le sillon naso-labial et s'arrêtant au point où celui-ci se termine, en ayant soin de ne point traverser l'épaisseur de la lèvre et de ne point pénétrer dans la bouche.

2e *temps :* A l'aide d'une rugine on abrase les os, on les met à nu, et on écarte en dehors le lambeau périostéo-cutané ainsi formé, jusqu'à ce qu'on arrive sur la tubérosité malaire.

3e *temps :* 1° On sectionne verticalement avec une pince de Liston la branche montante du maxillaire depuis le bord de la fosse nasale osseuse jusqu'au sac lacrymal ; 2° on sectionne transversalement avec la pince la paroi antérieure du sinus jusque sous l'os malaire. Puis cela fait, avec un crochet ou une bonne pince, on soulève l'os ainsi sectionné qui se brise alors au niveau du bord orbitaire et de la tubérosité malaire. Le lambeau osseux a la forme à peu près d'un pentagone ; on voit alors la tumeur que l'on doit enlever : on l'extrait si elle est assez petite, on la morcelle si elle est trop grosse ; les incisions cutanées coupent la branche nasale de la faciale et l'artère

(1) A. Després, *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1875, et *Bull. génér. de thérapeutique*, 15 avril 1875.

sous-orbitaire. Suture du lambeau faite sur le côté du nez et à l'aile du nez avec des fils d'argent; suture entortillée pour réunir le sillon naso-labial.

r. AMPUTATION DU BRAS. — *Méthode circulaire.* — La méthode circulaire est celle que ce chirurgien préfère pour la plupart des amputations des membres ; s'il opère sur le bras gauche, placé en dehors du membre, il fait lui-même la compression pendant qu'il coupe les chairs : il ne cherche pas à réunir par première intention et met en usage principalement le pansement humide (charpie et compresses mouillées : arroser le pansement avec de l'eau et de l'alcool camphré).

Ce pansement est renouvelé quotidiennement : lorsque les bourgeons charnus apparaissent dans la plaie, il évite avec le plus grand soin de les faire saigner, et, au bout de 6 à 8 jours, il remplace le pansement humide par un linge cératé et de la charpie sèche, puis simplement par le diachylum.

Il ne rejette pas le pansement ouaté, mais il croit bon de surveiller les plaies : les soins minutieux que l'on apporte aux solutions de continuité et l'humidité du pansement doivent, selon lui, entrer en ligne de compte dans les succès qu'on obtient.

s. FRACTURE DU CUBITUS AU TIERS SUPÉRIEUR. — *Flexion forcée de l'avant-bras sur le bras. — Gouttière en gutta-percha. — Echarpe en baudrier.* — M. Desprès a attiré récemment l'attention (1) sur une variété peu connue de fracture du cubitus, celle *au niveau du tiers supérieur.* Il arrive souvent, selon ce chirurgien, que cette fracture entraîne une impotence de l'articulation du coude, produite elle-même par une luxation consécutive de l'extrémité supérieure du radius. Voici comment se produirait cette luxation, qui est en quelque sorte *fatale :* le fragment supérieur, attiré par les muscles et en particulier par l'anconé, tend à se porter en dehors, tandis que le fragment inférieur est entraîné en bas par le poids du membre : il y a donc chevauchement ou tout au moins raccourcissement du cubitus. Le radius, devenu trop long pour son os congénère, doit suivre nécessairement ce déplacement, et le ligament annulaire, représentant le point le plus faible, se relâchant, il se produit une *subluxation* ou même une luxation complète de la tête du radius qui s'effectue généralement en dehors ou un peu en avant, disposition qui compromet singulièrement la flexion, et qui est encore exagérée par la présence du cal difforme que le chevauchement a entraîné à sa suite.

(1) A. Desprès, *Progrès médical*, 8 juillet 1876.

Au point de vue thérapeutique, grande difficulté de maintenir les fragments. — Pour combattre ces accidents, M. Després emploie avec avantage une gouttière en gutta-percha se moulant exactement sur les saillies osseuses : mais, *avant tout*, la première indication est de placer l'*avant-bras dans la flexion forcée sur le bras*, à l'aide de l'écharpe *en baudrier*, la main étant presque maintenue appliquée contre l'épaule du *côté malade*. Dans cette position, le fragment supérieur est refoulé en arrière par le tendon du triceps et le radius intact forme attelle.

Fig. 442. — *Écharpe en baudrier pour maintenir le coude dans la flexion. Fracture du cubitus, 1/3 supér.* (A. Després).

Maintenir le membre dans l'immobilité pendant vingt ou vingt-cinq jours : mais cette immobilité, suivant l'excellent précepte de Giraldès, ne doit pas être absolue pour éviter l'ankylose ; aussi, imprimer à l'avant-bras de légers mouvements. M. A. Després a observé dans sa pratique trois cas de cette nature et qui n'ont pas été traités par la flexion forcée : dans les trois cas, il constata la luxation du radius. Il croit donc que la fracture du cubitus au niveau du tiers supérieur présente un pronostic spécial, puisqu'on doit craindre toujours à sa suite un certain degré d'impotence de l'articulation du coude.

t. CONTUSION CHRONIQUE PROFONDE DU TALON PAR COMPRESSION. — *Repos : semelle de paille, de caoutchouc, ou semelle métallique.* — M. A. Després vient d'attirer l'attention des élèves sur une affection douloureuse du talon, encore bien peu connue dans sa nature intime, et particulière à ceux dont la profession réclame soit des marches forcées, soit plutôt une station debout trop prolongée. Il l'a observée seize fois, dont quatre chez des *gardiens de la paix*.

L'un d'eux, garçon de taille moyenne et de constitution assez délicate, entre à l'hôpital, il y a deux ans, pour des douleurs persistantes au talon droit, mais seulement quand cette partie du corps repose sur le sol depuis un certain temps ; on l'examine, il n'y a aucune apparence extérieure de lésion ; la pression à la paume de

la main ne détermine pas de souffrance, mais un doigt venant à appuyer fortement sur le milieu du talon réveille immédiatement une sensibilité anormale : le repos l'améliore, il quitte l'hôpital et reprend son service de gardien de la paix.

Au bout d'un mois, les douleurs recommencent, il rentre une seconde fois dans le service, le repos suffit de nouveau à l'améliorer ; il sort, mais après six mois de travail, l'autre talon se prend, ce qui oblige cet homme à changer de profession.

Un second malade, également gardien de la paix, présentant les mêmes phénomènes, entre, il y a quelque temps, à Cochin. C'est encore le talon droit qui est le siége des douleurs : le repos finit par les calmer et cet homme peut se remettre au travail en portant une semelle en caoutchouc.

Un troisième gardien de la paix, de 41 ans (c'est celui que nous avons vu dans les salles de ce chirurgien), se plaint depuis six semaines de douleurs très-vives du talon gauche, il continue cependant son métier; mais les souffrances deviennent si intenses qu'il est obligé de suspendre son service : le repos l'améliore en peu de temps.

Depuis trois ans M. A. Desprès en a observé un plus grand nombre de cas dont il donne la liste dans son ouvrage, à savoir (1) :

Gardiens de la paix	4
Blanchisseuses, repasseuses	2
Cuisinière	1
Typographe	1
Garçon épicier (blennorrhagie actuelle)	1
Garçon de café	1
Cuisinier	1
Allumeur de réverbères	1
Surveillant de travaux	1
Receveuse de chaises aux Champs-Élysées	1
Soldat d'infanterie au service depuis 1 an, employé de magasin auparavant, toujours debout	1
Soldat de cavalerie, spahis (blennorrhagie antérieure).	1
TOTAL	16

toutes professions qui obligent ou à peu près à une station debout prolongée.

Quelle est donc la nature de cette affection singulière où l'élément douleur est le seul symptôme appréciable et ne se manifeste spécialement que lors d'une station verticale trop continue ? M. A. Després croit pouvoir la rapporter (mais ce n'est là qu'une apprécia-

(1) A. Després, *La Chirurgie journalière. Leçons de clinique chirurgicale professées à l'hôpital Cochin*, p. 636, 1877.

tion purement hypothétique) à une *contusion chronique profonde du talon par compression*, variété de contusion sur laquelle Velpeau a appelé l'attention dans sa thèse de concours, mais dont les lésions dans le cas en question ne sont pas aussi apparentes que dans les autres formes.

Cette contusion ne siége ni dans la peau dont l'intégrité est parfaite, ni sur le périoste, car alors il y aurait périostose, et, par suite, gonflement appréciable : *Elle porte exclusivement sur le coussinet graisseux* situé au-dessous du derme. Ce tissu adipeux ne ressemble pas à celui des autres régions, car il est beaucoup plus dur, se tasse et subit une lésion moléculaire, point de départ de tous les désordres.

J. Fabre (1) attribue la douleur du talon à l'inflammation de la bourse séreuse normale située sous le calcanéum.

Une cause prédisposante de ce mal est l'amincissement du talon et la sudation abondante des extrémités, peut-être aussi les inégalités raboteuses du sol sur lequel le pied repose. Un dernier phénomène, important à mentionner, est que cette affection ne se montre à la fois que sur un seul pied comme d'autres maladies telles que le valgus, par exemple : pour quelle raison ? Parce que, si l'on reste longtemps debout, on se penche alternativement sur l'une ou sur l'autre jambe et que, par habitude, il en est une qui travaille plus ou supporte le poids du corps plus souvent que sa con-

Fig. 413. — *Semelle métallique montée pour remédier à la douleur de la contusion chronique du talon, maintenue en place par une bande* (A. Després).

génère : en un mot, il serait très-possible que l'on fût *droitier* ou *gaucher* des jambes absolument comme on l'est des mains : c'est là une explication dont nous laissons, bien entendu, l'entière respon-

(1) J. Fabre, *Essai sur la contusion chronique du talon*, th. inaug. Paris, 1875.

sabilité à ce chirurgien, car elle ne nous semble pas surabondamment prouvée ; elle n'est encore qu'à l'état d'hypothèse.

Quoi qu'il en soit, c'est par le repos que s'améliore ou se guérit cette affection. De plus, pour permettre aux malades de reprendre leurs occupations, il faut s'efforcer, suivant M. A. Després, de diminuer la compression de la couche cellulo-adipeuse du talon. Pour arriver à ce résultat, ce chirurgien fait porter une *semelle de peau* à laquelle se trouve superposée une autre *semelle en caoutchouc*, il fait porter également une *semelle métallique* moulée maintenue (fig. 443) en place par une bande. C'est donc à un *talon artificiel* qu'il a recours pour combattre la compression, cause de ces accidents.

Fig. 445. — *Amputation du 5e métatarsien* (procédé en raquette et à lambeau. A. Després).

u. AMPUTATION DES 1er ET 5e MÉTATARSIENS (dans la continuité). —

Fig. 445. — *Amputation du 1er métatarsien* (procédé en raquette et à lambeau. A. Després).

Procédé en raquette, à lambeau externe. — Ce procédé qu'appliq

lesprés (fig. 444 et 445), mais qu'il ne revendique pas comme
a prporiété, offre ce notable avantage que la cicatrice se
reportée sur le dos du pied et qu'elle est loin du point où l'os
ectionné, ce qui n'a point lieu dans le procédé en raquette.
trice n'adhère point à l'os sectionné. Ce moyen, qui consiste
dir la queue de la raquette, au lieu de la dessiner rectiligne,
urs été employé par nous depuis 1864 et l'est également
longtemps par bon nombre de chirurgiens.

TIONS DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES. — SYPHILIS (HOMME ET FEMME).

DROCÈLE VAGINALE. — *Injection de teinture d'iode pure.* — Explo-
ord la transparence, la position du testicule et la possibilité
luctibilité du liquide dans le péritoine. Se servir d'un trocart
(calibre 10 de la filière Charrière). La figure 446 montre la
dont le chirurgien doit tenir le trocart au moment où il est
oint de l'enfoncer dans la tumeur. M. A. Després se sert, pour
njection de la seringue à *piston creux* de Charrière (fig. 447),
harge de manière à éviter qu'il y ait la moindre bulle d'air
nstrument; — employer la teinture d'iode pure, qui n'offre pas
ers, et ne pas y ajouter une goutte d'eau; — la canule reti-
liquer sur l'orifice scrotal un morceau de diachylon taillé en
Malte (fig. 448). La guérison n'est possible que s'il se dé-
une vaginalite aiguë, et quand cette guérison est complète,
er de porter pendant assez longtemps un suspensoir (fig. 449).
ECTIONS DE L'URÈTHRE ET DE LA VESSIE (femme). — *Uréthro-*
M. A. Després a fait construire, pour examiner l'urèthre et la
la femme, un uréthroscope (sonde-spéculum) qui a des rap-
ec le spéculum auris plein de Toynbee, mais qui est seule-
us volumineux et plus long. Il se compose d'une simple sonde
t longue de 9 centimètres environ, ayant un diamètre de
ètres (n° 21, filière Charrière), terminée par une extrémité
t munie d'un embout mobile. Cet uréthroscope, fort sim-
un emploi facile, diffère de l'instrument de M. Désormeaux
'on n'a pas besoin, pour en faire usage, d'appareil d'éclai-
suffit de la lumière naturelle devant laquelle on a le soin
r la malade. Veut-on explorer l'urèthre, on n'enfonce le
'à une profondeur de 2 à 4 centimètres, et, en le retirant
nt, on examine toute la face muqueuse du canal. Il est en-
us profondément (de 6 à 8 centimètres) si on a l'intention
er la cavité vésicale, puis on abaisse le pavillon de l'uréthro-

scope. Ce chirurgien a pu, grâce à cet instrument, reconnaître que

Fig. 447. — *Seringue (à piston creux) à injection de Charrière.*

B, corps de pompe se tenant debout, prêt à être chargé; A', seringue chargée recouverte un couvercle se fermant à baïonnette, et dans lequel passe la tige creuse du piston tenant debout; E, canule se montant à frottement dans la tige C.

Fig. 446. — *Position du trocart dans la ponction de l'hydrocèle vaginale.*

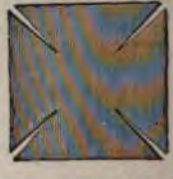


Fig. 448. — *Croix de Malte.*

Fig. 449. — *Suspensoir du scrotum.*

les chancres de l'urèthre sont souvent représentés par des ulcé tions linéaires et que, dans l'inflammation de l'urèthre, la r

meuse, moins lisse qu'à l'état sain, est rouge et villeuse; dans la rstite, la muqueuse vésicale se présente avec une rougeur analo- ue à celle de l'urèthre enflammée.

c. SYPHILIS. — *Traitement tonique. — Cautérisations.* — M. A. Des- rés professe, à l'égard de la syphilis, des idées tout à fait en désac- ord avec celles qui ont cours aujourd'hui dans la science et dans la ratique : nous lui laissons, par conséquent, sans émettre aucune ritique, l'entière responsabilité de son opinion. — Selon ce chi- rgien, la syphilis étant une maladie infectieuse, analogue à la orve, la variole et l'*infection purulente*, se gagnant comme elles ar une inoculation, n'a pas plus que ces autres maladies de con- re-poison spécifique. Ce n'est pas un accident local unique qui lui onne naissance : tantôt c'est un chancre, tantôt une érosion chan- reuse, une érosion non suivie d'inflammation locale, une lymphan- ite vulvaire autour d'une écorchure inoculée. L'*histoire* du trai- ment de la syphilis, qu'il a longuement exposée (1), démontre que ette maladie guérit à l'aide de bien des moyens différents par ce it *qu'elle guérit seule :* aussi la thérapeutique qu'adopte M. A. Des- rés est-elle fort simple, un peu trop simple, selon nous.

1° *Thérapeutique générale :* consiste à entretenir les fonctions de peau, organe habituel de l'élimination du sang contaminé, et à utenir la nutrition par un traitement approprié ; hygiène parfaite, ains, alimentation réparatrice, toniques (quinquina, fer, etc.), re- os, tranquillité.

2° *Traitement local :* cautérisation (surtout à l'aide du chlorure de nc liquide). Si M. A. Després emploie l'iodure de potassium, ce u'il fait du reste rarement, c'est à titre de *médicament-aliment* et sur- out comme agissant contre le scorbut et la pourriture d'hôpital.

Chancre induré. — Cautérisations et cataplasmes.

Plaques muqueuses. — Repos et cautérisations. Éviter de détério- er la santé des malades par des médications altérantes.

Syphilides cutanées, miliaires précoces, papuleuses et tuberculo- lcéreuses. — Bon régime, bains, applications de teinture d'iode, de ommade à l'huile de cade ou badigeonnage avec l'huile de cade pure. Il a remarqué que la syphilis qui atteint les adolescents est moins rave que celle qui frappe les individus âgés.

d. DÉCHIRURE DU PÉRINÉE. — *Avivement peu étendu.* — M. A. Des- rés n'est pas partisan, en fait de périnéorrhaphie, des avivements rès-étendus, des pertes de substance très-considérables préconisées

(1) A. Després, *Traité théorique et pratique de la syphilis* ou *infection purulente yphilitique*, 1873.

par bien des chirurgiens. Il se contente de faire une simple incision sur la cicatrice, puis il écarte la muqueuse du vagin de celle du rectum, ce qui lui donne exactement la surface cruentée qu'on doit chercher à produire. Il a fait deux opérations de cette façon. L'une a très-bien réussi. L'autre a manqué, parce que la malade, après une constipation de 12 jours, a eu une garde-robe spontanée pendant laquelle le bol fécal a déchiré la suture. Il croit que l'on ne doit pas opérer trop tôt après l'accouchement.

e. MÉTRITE ULCÉREUSE. — *Cautérisation au chlorure de zinc.* — Il est d'avis qu'on fait beaucoup trop abus des cautérisations. Le repos, selon lui, et les émollients *suffisent souvent à la guérison;* il faut cependant aider à la guérison par l'usage des tampons alunés placés vingt-quatre heures ou par le chlorure de zinc (1).

Eau.....	200 grammes.
Chlorure de zinc.....	100 —

Il pense, de plus, que bien des ulcérations ne sont que des *chancres mous.*

f. ABAISSEMENT DE L'UTÉRUS. — *Ceinture en coutil lacée.* — Les malades dont l'utérus est un peu abaissé se trouvent bien de porter la ceinture (fig. 450) prescrite depuis longtemps par M. Nonat. C'est

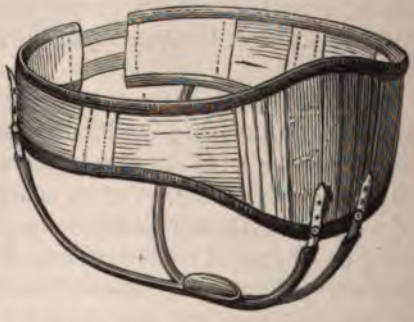


Fig. 450. — *Ceinture en coutil lacée, avec des élastiques, des sous-cuisses et une pelote périnéale.* (Quelques bandagistes serrent la ceinture avec une courroie bouclée.)

une ceinture en coutil lacée, avec des élastiques, des sous-cuisses et une pelote périnéale. Chez les personnes un peu grasses surtout, elle produit un effet immédiat.

g. CALCUL VÉSICAL (femme). — *Dilatation de l'urèthre avec l'éponge*

(1) A. Després, *Traité iconographique de l'ulcération et des ulcères du col de l'utérus.* Paris, 1870.

préparée, extraction immédiate. — D'une façon générale M. A. Després ne croit pas que la taille uréthrale chez la femme donne plus de jour que la dilatation, et il s'en tient à cette dernière méthode. L'opinion généralement adoptée dans les livres est que la lithotritie en pareil cas est ce qu'il y a de mieux à faire. — Il est d'un avis tout opposé. — L'urèthre de la femme est très-dilatable et ne présente pas d'obstacle sérieux au passage du lithotriteur; mais cependant, comme le fait remarquer M. Reliquet, ce canal, en raison de sa constitution, est fréquemment le siége de spasmes énergiques, surtout lorsqu'il y a une irritation constante de la vessie déterminée par la présence de calculs. Selon M. Reliquet, les difficultés manuelles de la lithotritie propre à la femme sont dues :

1° A l'existence des spasmes vésico-uréthraux ou à la facilité avec laquelle ces spasmes se produisent chez les jeunes filles et les femmes;

2° Chez les femmes dont la vessie se dilate facilement, à la déformation de la cavité vésicale due à la saillie de l'utérus;

3° Chez les vieilles femmes qui ont eu des enfants, à la dépression de la paroi inférieure de la vessie dans le vagin, à une cystocèle vaginale plus ou moins développée.

La dilatation de l'urèthre avec l'éponge préparée (fig. 451 et 452)

Fig. 451. — *Cône d'éponge préparée avec ou sans mandrin.*

et l'extraction du calcul en une seule séance paraissent être, pour M. A. Després, le meilleur procédé à suivre.

Fig. 452. — *Cône d'éponge de Marion Sims.*

Pour faire cette extraction, M. A. Després se sert, soit de la pince à anneaux (modèle Charrière) ordinaire (fig. 453), soit d'une lon-

gue pince à mors largement fenêtrés analogue à celle de S. Gross fig. 454).

Fig. 453. — *Pince à anneaux* (modèle Charrière).

Fig. 454. — *Pince à mors fenêtrés de S. Gross.*

3° AFFECTIONS DES VAISSEAUX. — ADÉNITE.

a. PLAIES DES ARTÈRES DE L'AVANT-BRAS OU DE LA MAIN. — *Ligature des deux bouts du vaisseau lésé dans la plaie.* — Malgré les assertions de plusieurs auteurs modernes qui ont cherché à établir que la ligature de l'artère brachiale ou la compression dans la plaie est préférable à la ligature des deux bouts du vaisseau lésé dans la plaie, M. A. Després croit, avec beaucoup de raison, que ce dernier moyen est encore le meilleur et qu'on doit toujours l'essayer, que la plaie soit récente ou ancienne : il l'a employé 4 fois pour des blessures de l'avant-bras et il a toujours obtenu la guérison sans aucun accident.

Nous ne saurions trop applaudir à cette sage pratique qui nous rappelle un fait que nous avons observé pendant notre internat chez Nélaton, en 1862 : il s'agissait d'un homme vigoureux dans la main duquel éclata un fusil : au bout de quelques jours, à la suite d'un simple effort de défécation, une hémorrhagie se déclara; on put arrêter le sang par la compression ; mais dans l'espace de 25 jours l'hémorrhagie se reproduisit 14 fois, malgré le tamponnement avec le perchlorure de fer, la compression de la brachiale et les cautérisations avec le chlorure de zinc au niveau des points qui fournissaient le sang. Ce blessé se trouvant dans une anémie fort inquiétante, Nélaton fit la ligature des deux bouts du vaisseau dans la plaie et arrêta définitivement l'écoulement de sang. Nous avons vu

M. A. Després lui-même arrêter une hémorrhagie provenant d'une plaie de l'artère radiale par la *compression* exercée *au niveau du bout inférieur*, chez un homme qui, rentrant chez lui et ne pouvant ouvrir sa porte dont il avait perdu la clef, enfonça un carreau d'un coup de poing et se fit une petite plaie transversale au-devant de l'artère radiale : nous croyons cependant que, chez cet homme, il se forma un petit anévrysme consécutif qui obligea à la ligature ultérieure des deux bouts du vaisseau (1).

b. ADÉNITE SUPPURÉE DE LA FOSSE ILIAQUE. — *Incision, drainage.* — La marche de certains abcès de la fosse iliaque, la nature de leur pus (bien lié, verdâtre, fortement albumineux et avec viscosité fortement marquée), l'existence des ganglions iliaques qui peuvent être mécaniquement irrités par l'entremise de vaisseaux lymphatiques partant d'une lésion quelconque, ulcère ou autre affection du membre inférieur, toutes ces considérations permettent à M. A. Després d'établir une analogie entre l'origine de certains abcès iliaques (adénite suppurée) et celle de l'aine, de l'aisselle, du cou.

Dans cet abcès, on n'observe aucun des signes antérieurs spéciaux aux psoïtis et il n'est pas non plus accompagné du frisson si caractéristique de l'abcès iliaque puerpuéral : il a au contraire une marche inflammatoire franche (douleur, sueur, fièvre rémittente).

M. A. Després traite cette variété de collection purulente par l'*incision* successive des couches, comme on le fait dans la ligature de l'artère iliaque externe. Il vide le foyer et y plonge un *drain*. Comme l'orifice a grande tendance à s'oblitérer, il faut laisser ce drain ou une mèche quelconque assez longtemps; si l'ouverture s'est trop rétrécie et ne permet pas l'issue facile du pus, il emploie, pour

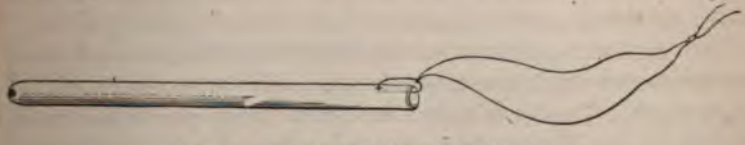


Fig. 455. — *Tente de laminaria digitata.*

obvier à la stagnation de ce liquide dans la poche, soit l'éponge préparée, soit un morceau de *laminaria digitata* (fig. 455).

(1) A. Després, *Du traitement des plaies de l'artère radiale* (*Bull. génér. de thérapeut.*, 15 septembre 1874).

4° GANGRÈNE.

GANGRÈNE TRAUMATIQUE PAR BRULURE. — *Expectation.* — Lorsqu'une portion de membre ou même un membre tout entier est mortifié, ce chirurgien ne croit pas devoir recourir à une opération anticipée, comme le font encore aujourd'hui un grand nombre de praticiens. Il s'en remet aux chances de l'élimination spontanée et recouvre la partie carbonisée d'un cataplasme après l'avoir saupoudrée du mélange de poudre de quinquina et de charbon, si l'odeur est trop prononcée. Dans le cas où un membre est mortifié dans sa totalité, comme nous en avons vu un cas dans son service (carbonisation de l'avant-bras), si la chute des parties escharifiées tarde trop, et s'il craint de voir l'os ou les deux os faire saillie au niveau de la plaie du moignon, il creuse dans les chairs un petit cône autour du squelette et sectionne ce dernier au-dessus du point mortifié. Il donne en même temps un traitement général fortifiant.

5° AFFECTIONS DU TUBE DIGESTIF.

a. HERNIE ÉTRANGLÉE. — *Kélotomie de bonne heure.* — M. A. Després n'a pas grande confiance dans les ponctions évacuatrices, dans le cas de hernie étranglée, parce qu'elles conduisent à temporiser dans des exemples où on devrait avoir recours à la kélotomie le plus promptement possible. Si ces ponctions sont inoffensives par elles-mêmes, elles peuvent devenir nuisibles parce qu'elles ont pour effet de retarder une opération urgente.

Il est d'avis qu'il faut opérer la hernie étranglée le plus tôt possible : au delà de 12 ou 15 heures pour les hernies de petit volume, on perd un temps précieux; on suit même une pratique nuisible en voulant tenter autre chose que la kélotomie, c'est-à-dire en employant le taxis, qui rend certainement l'opération plus dangereuse, ou bien les ponctions évacuatrices, méthode qu'il repousse presque absolument.

C'est ainsi, selon ce chirurgien, qu'on est arrivé dans notre pays à posséder des statistiques de kélotomie dans les hernies étranglées s'élevant au chiffre si déplorable de 86 p. 100 de mortalité, tandis que les statistiques anglaises donnent des mortalités de 30 et 50 p. 100 : la cause doit en être attribuée à ce que chez nous on retarde beaucoup trop l'opération. Pour lui, le taxis est nuisible toutes les fois qu'il ne réussit pas.

Fixer l'époque précise à laquelle il faut opérer n'est certes pas chose facile, car on voit des étranglements par le collet du sac datant de 5 jours au moins, guéris par la kélotomie ; mais M. Després pose en principe que pour les *petites hernies,* surtout crurales, on ne saurait opérer trop tôt ; l'ouverture du sac est, en pareil cas, la meilleure conduite à suivre : pour les *grosses hernies* (entéro-épiplocèle), il faut également se hâter, et dans les deux premiers jours qui suivent l'étranglement c'est surtout à la kélotomie sans ouverture du sac que l'on doit s'adresser.

Il ne réserverait tout au plus le taxis et la temporisation qu'aux cas dans lesquels la hernie, maintenue habituellement réduite par un bandage, s'est étranglée soudainement depuis quelques heures par un effort.

Voici les conditions dans lesquelles il se place et qu'il ne néglige jamais dans le cours de la kélotomie.

Il opère sans recourir au chloroforme qui lui paraît avoir pour effet immédiat d'abattre les malades et de déterminer des efforts de vomissements qu'il est utile d'éviter. — Du reste l'incision de la peau est le seul temps un peu douloureux de l'opération, et ce n'est pas là une raison suffisante pour obliger à l'anesthésie.

Une fois le sac ouvert et le débridement effectué, il attire un peu l'anse intestinale pour se rendre un compte exact de l'état qu'elle présente au niveau du point étranglé, et, avant de procéder à la réduction de l'intestin, il prend soin de *le laver avec l'eau chaude*. Ce lavage a non-seulement pour résultat de nettoyer les organes qui doivent être repoussés dans le ventre et d'éviter par conséquent une poussée de péritonite provoquée directement, mais il a aussi pour effet presque immédiat, d'après la remarque qui en a été faite par ce chirurgien, de redonner de la vie à l'anse herniée : la circulation s'y rétablit, ce qui est surabondamment prouvé par le changement de couleur qui se produit : la paroi intestinale en effet perd sa coloration bleuâtre, semi-asphyxique et reprend un *aspect rosé* tout à fait de bonne nature.

Comment se comporte-t-il avec l'épiploon ? Un premier point capital, c'est qu'il ne le rentre jamais et le maintient, au dehors, dans la plaie. La marche à suivre dépend toutefois du volume de cette masse épiploïque : si elle est peu considérable, et si elle n'a pas été lésée, la simple ligature suffit : on voit alors ce bouchon graisseux ou bien se mortifier en totalité ou en partie, ou bien se ratatiner en suppurant et finir presque par se résorber en entier : c'est du reste ce que nous avons vu, il y a quelque temps, se produire chez un

homme du service de M. Richet, dont l'épiploon laissé au dehors constituait une masse énorme.

S'il y a une grande quantité d'épiploon, M. A. Després en pratique la ligature, la section, puis la cautérisation à l'aide du perchlorure de fer. — Sur 9 cas de ligature de l'épiploon, il a eu 6 guérisons, soit 66 p. 100.

b. RÉTRÉCISSEMENT DU RECTUM (fibreux). — *Dilatation intermittente.* — Le rétrécissement, d'après ce chirurgien (1), peut toujours

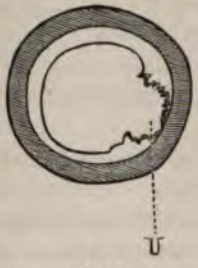


Fig. 456. — *Rétrécissement valvulaire du rectum.*

U. ulcère.

Fig. 457. *Rétrécissement du rectum.*

C, cicatrice de l'ulcere ; V, valvule formée par la muqueuse.

Fig. 458. — *Ulcère phagédénique du rectum.*

AA, portions de muqueuse restée saine. (Demi-schématique.)

Fig. 459. — *Cicatrice d'un ulcère phagédénique du rectum.*

O, orifice rétréci du rectum ; CCC, tissu cicatriciel formant des condylomes ; DD, gaîne entourant le rectum et indiquant l'ancienneté de l'inflammation. (Demi-schématique.)

se rattacher à une lésion (*chancre phagédénique du rectum*) des premiers âges de la syphilis ou à des antécédents vénériens : en un mot,

(1) A. Després, *Arch. gén. de méd.* 1868 et *Revue phot. des hôpitaux*, 1869.

selon lui, cette variété de rétrécissement est *la cicatrice d'une ulcération développée sur un chancre*, creusant à la fois en surface et en profondeur par une sorte de phagédénisme térébrant, *ou sur des plaques muqueuses ulcérées de l'anus* (fig. 456, 457, 458 et 459). — La plupart de ces rétrécissements seraient très-lents à se produire et ne se manifesteraient par des troubles bien accusés que plusieurs années après leur début : selon ce chirurgien, l'affection a toujours plus que l'âge qu'on lui suppose.

L'ulcération ne peut guérir que par l'emploi d'un topique; celui que M. A. Després emploie est :

Eau.....	100 grammes.
Chlorure de zinc.....	100 —

M. A. Després ne considère le plus souvent les opérations de *rectotomie* que comme palliatives et ne donnant pas de meilleurs résultats que la dilatation temporaire. Il croit même qu'il faut toujours dilater après l'incision, sous peine de voir la coarctation se reproduire ; aussi se borne-t-il à prescrire la *dilatation intermittente*, tantôt avec les mèches, tantôt avec la canule, et à conseiller de fréquents lavements.

La dilatation n'est pas elle-même, du reste, exempte de tout danger, nous l'avons vue suivie d'accidents de péritonite à l'hôpital Cochin. En 1872, M. Lannelongue a observé un cas de mort à la suite d'un simple toucher rectal chez une malade atteinte de rétrécissement : aussi les plus grands ménagements doivent-ils être apportés dans l'exploration et les tentatives opératoires de ce genre d'affection.

c. ABCÈS RÉTRO-PHARYNGIEN (idiopathique). — *Ouverture avec le trocart.* — M. A. Després rattache souvent l'origine de ces collections purulentes à une adénite, comme M. Verneuil (1) l'avait déjà avancé il y a quelques années et comme nous l'avons démontré par nos recherches anatomiques et nos observations (2).

La position et la forme de ces abcès nous semblent bien en rapport avec le siége ganglionnaire très-probable que nous leur avons assigné. Si on a répété souvent que la forme est toujours globuleuse, c'est parce qu'on ne la cherche pas avec soin au commencement de l'affection, sans cela on constaterait que la tumeur débute *latéralement* et est tout d'abord plus étendue en longueur : ce n'est que plus

(1) Verneuil, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1863.

(2) P. Gillette, *Des abcès rétro-pharyngiens idiopathiques;* Thèse inaug. Paris, 1867.

tard que, gagnant en étendue, elle arrive à la ligne médiane, la dépasse même et prend alors une disposition globuleuse.

J'ai indiqué dans mon travail une manière assez commode de percevoir facilement la fluctuation : faisant asseoir le malade sur une chaise et me plaçant derrière lui, je lui appuie contre ma poitrine la partie postérieure de la tête que je le force à relever légèrement; maintenant les mâchoires écartées, j'enfonce profondément dans l'arrière-gorge mes deux indicateurs recourbés en crochets qui sentent par leur pulpe la fluctuation aussi nettement que possible. Il y a grand avantage à pratiquer l'exploration de cette manière, parce que la tête du malade, se trouvant bien fixée, ne peut reculer, ce qui a lieu inévitablement quand on l'examine par la partie antérieure.

L'indication est d'évacuer le pus et d'empêcher le malade d'être asphyxié par le liquide au moment de l'ouverture que M. Desprès pratique, à cet effet, en deux temps. La plus grande partie du pus est évacuée par un trocart, ce qui prévient sa chute dans le larynx; puis, une fois que la poche s'est sensiblement affaissée, il agrandit l'orifice, ce qui permet au liquide de s'écouler librement avec régularité. Ce dernier temps nous paraît indispensable, car il y a danger à laisser persister un orifice trop étroit qui est la cause de la stagnation du pus dans la cavité.

6° AFFECTIONS DE LA MAMELLE ET DU COU.

a. AMPUTATION DU SEIN. — *Pansement à plat, pas de réunion par première intention.* — M. A. Després insiste avec beaucoup de raison, dans le diagnostic des tumeurs de la mamelle, sur la rétraction même peu prononcée du mamelon et sur la nécessité qu'il y a, pour éviter la récidive autant que possible, à enlever la totalité de la glande avec toute son enveloppe cellulo-graisseuse, même lorsqu'une portion seulement semble envahie.

Il choisit l'instrument tranchant parce qu'il ne croit pas que l'emploi des caustiques (cautérisation en flèches) (fig. 460) expose moins que le bistouri à l'érysipèle et aux autres complications. Le bistouri est du reste moins douloureux que la cautérisation. Si la tumeur est d'un volume considérable, il rejette absolument l'usage des caustiques.

M. A. Després chloroformise à peine la malade; et, la faisant reposer sur le côté opposé à la lésion, il enlève toute la mamelle en la circonscrivant par deux incisions elliptiques, et en commençant

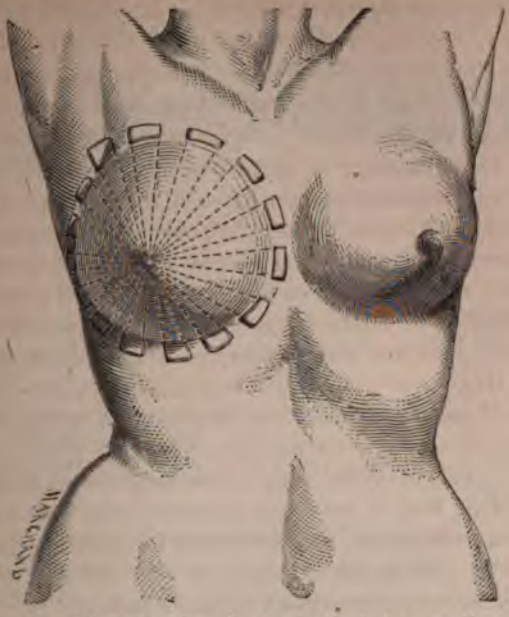


Fig. 460. — *Cautérisation en flèche de la mamelle.*

Fig. 461. — *Carré de la mamelle.*

par l'inférieure pour ne pas être gêné par le sang lorsqu'il pratique la supérieure.

Pas de réunion par première intention. — Pansement à plat constitué par un large gâteau de *charpie imbibée d'alcool* camphré appliqué sur un linge cératé. Il termine par une légère compression avec des compresses et un bandage de corps. On peut se servir également, pour maintenir ce pansement, du bandage (fig. 461) carré de la mamelle portant un ruban ou une bande à chacun des angles, ces chefs allant se nouer en arrière du cou pour les supérieurs, et du dos pour les inférieurs. C'est surtout, en pareil cas, qu'il n'a pas recours au pansement ouaté. — Pansement rare. — On n'enlève le premier que lorsque la suppuration établie détache la charpie au-dessous de laquelle on trouve une plaie à surface granuleuse vermeille, ne présentant pas de mauvaise odeur. — Cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent.

b. ABCÈS GANGLIONNAIRE DU COU. — *Drainage.* — A moins d'indications spéciales, il ne se presse pas d'ouvrir et, lorsque la collection purulente est entièrement formée, c'est à la méthode du *drainage* qu'il donne la préférence. L'abcès se vide aisément, peut-être même la matière en caoutchouc dont se compose le drain agit-elle comme agent modificateur de l'intérieur de la poche, et, lorsque la guérison est complète, c'est à peine si les deux orifices par où passait le tube laissent une cicatrice appréciable.

c. TRACHÉOTOMIE. — *Emploi du bistouri et du doigt.* — Ni la trachéotomie pratiquée avec le bistouri rougi au feu (de Saint-Germain), ni celle faite en seul temps (Chassaignac, Maisonneuve, M. Sée), ni celle où on se sert du galvano-cautère, n'est employée par ce chirurgien.

Rien ne vaut, selon lui, le *procédé classique* connu depuis longtemps et bien réglé par Trousseau et Guersant : il n'y a pas lieu, même chez l'adulte, d'avoir à redouter l'hémorrhagie. Les pinces, dites hémostatiques, qu'on laisse appliquées sur le vaisseau pendant un temps plus ou moins long, suffisent à arrêter l'écoulement. Quant à l'ouverture de la trachée, elle doit être faite, de toute nécessité, avec l'instrument tranchant et agrandie, s'il est besoin, avec un bistouri boutonné. M. A. Després ne se sert généralement pour l'introduction de la canule ni de dilatateur ni des embouts perforés, soit celui de M. le Dr Henriette de Bruxelles, soit celui qui vient d'être construit tout récemment par M. Mathieu sur les indications de M. Péan et dont nous donnons la figure ci-jointe.

Cet instrument (fig. 462) aurait pour but d'éviter, après l'ouverture

de la trachée, la suffocation que détermine l'introduction de la canule AEC. C'est un embout creux dans toute sa longueur et qui permet,

Fig. 462. — *Porte-canule du docteur Péan.*

AEC, canule; D, extrémité libre, aplatie, conique, amincie, pour pouvoir pénétrer facilement par l'ouverture trachéale; elle est percée d'une ouverture permettant le passage de l'air qui sort par l'ouverture B, près du manche. La canule introduite, retirer le manche.

par conséquent, au malade de respirer librement pendant le dernier temps de l'opération.

Il est constitué par une tige tubulée courbe, montée par une extrémité sur un manche gradué à sa base par des échelons correspondants aux divers calibres de canules : son autre extrémité libre D est aplatie, conique et amincie, afin de pouvoir pénétrer sans difficulté par l'ouverture trachéale : cette tige est aussi fenêtrée que possible pour permettre le passage de l'air et des ouvertures B sont ménagées près du manche.

M. A. Després, après avoir ponctionné la trachée, l'incise et, complétant l'ouverture par l'introduction de la pulpe du doigt, il fait pénétrer la canule dans l'orifice trachéal comme dans la boutonnière d'un habit. Il ne considère pas la trachéotomie, même chez l'adulte, comme une opération extrêmement grave par elle-même : 4 fois il l'a pratiquée (chez l'adulte), et il n'a jamais obtenu aucun accident : ceux de ses opérés qui ont succombé sont morts de la maladie pour laquelle on avait dû pratiquer l'opération, et non de l'opération elle-même ou de ses suites.

7° SPINA BIFIDA. — KYSTES.

a. SPINA BIFIDA. — *S'abstenir quand la peau recouvre la tumeur.* — Est peu partisan de l'intervention chirurgicale dans ce genre de tumeur. Il repousse surtout l'emploi de la ligature élastique : il croit

que c'est là sinon une opération dangereuse, ce qui n'est rien moins que prouvé, du moins une opération inutile; car, en procédant de la sorte, on ne peut arriver à détruire l'ouverture de communication entre la poche et le canal rachidien. Selon lui, toutes les fois qu'un spina bifida est recouvert par la peau, le chirurgien n'a pas le droit d'y toucher, car l'opération est presque toujours dangereuse, et, d'autre part, les enfants peuvent parfaitement se développer et continuer à vivre malgré la persistance de la tumeur.

b. KYSTE HYDATIQUE DU FOIE. *Cautère* et *ponction*. — Comme traitement curatif de ces sortes de tumeurs liquides, il ne s'adresse pas à la méthode aspiratrice : du reste, les ponctions simples et les ponctions capillaires aspiratrices ont déterminé parfois des accidents fort sérieux.

Le *procédé ancien de Récamier* (ouverture de la poche par des applications caustiques successives qui provoquent des adhérences péritonéales) a donné de bons résultats en faisant suppurer l'intérieur du kyste.

J'ai vu mon père en 1858, à l'hôpital des Enfants, employer avec un résultat fort satisfaisant cette méthode chez une jeune fille de 15 ans : vers la même époque, il a même fait un rapport favorable à la Société médicale d'émulation, sur un travail de M. Leudet (de Rouen), ayant trait à ce procédé opératoire.

La *ponction* avec un trocart de fort calibre, suivie de l'introduction d'une *grosse sonde molle* qui permet de faire des injections iodées, a donné également des succès, soit en faisant suppurer, soit en produisant l'atrophie de la masse.

Il est préférable en pareil cas d'employer la *sonde de caoutchouc vulcanisé* (1) dont les avantages sont incontestables (fig. 463), mais dont la lumière est toujours d'un très-faible diamètre, et, cela forcément, parce que les parois doivent avoir une grande épaisseur pour ne pas s'appliquer l'une contre l'autre sous l'influence de la moindre pression.

Ce ne sont pas cependant les moyens que choisit M. A. Després : il préfère employer la cautérisation combinée avec l'ouverture du kyste. Il commence par appliquer avec la pâte de Vienne un cautère sur la partie la plus inférieure de la tumeur : après la chute de l'eschare et la cicatrisation de la plaie, il fait une nouvelle application du même caustique sur le point le plus saillant de la masse et entretient ce dernier cautère par des applications successives pour

(1) Voyez service du professeur Verneuil.

obtenir l'adhérence de la paroi abdominale avec le kyste. Lorsqu'il voit l'affection faire des progrès rapides et le malade présenter des phénomènes de dyspnée, il n'attend plus, car la rupture du kyste pour-

Fig. 463. — *Sonde de caoutchouc vulcanisé.*

rait s'effectuer par suite d'inflammation et de tension exagérée, comme on en a observé plusieurs cas. Il choisit ce moment pour ponctionner la poche avec un trocart de moyen calibre introduit au centre du cautère qui représente la partie la plus mince. Il retire la canule aussitôt que le liquide est évacué et applique un cataplasme. L'ouverture faite à l'eschare par le trocart permet au liquide de s'échapper pendant les jours qui suivent, toutefois il ne se produit aucune suppuration et la terminaison a lieu par atrophie. Il peut se faire cependant que le kyste se remplisse de nouveau et exige une seconde et même une troisième ponction, toujours au niveau de l'eschare qu'on aura eu le soin d'entretenir.

c. KYSTE OVARIQUE. — *Ponction et canule à demeure.* — Dans la séance du 4 juin 1873, M. A. Després a présenté à la Société de chirurgie une femme qu'il avait complétement guérie d'un kyste uniloculaire de l'ovaire par *ponction* et la *canule à demeure.* Il croit qu'au lieu d'avoir recours à l'ovariotomie, pour cette espèce de kyste, comme la généralité des chirurgiens le font depuis une dizaine d'années, il y aurait peut-être moins de danger et plus de succès à espérer de cette méthode opératoire. Dans ce cas, il pratique des injections iodées et même la cautérisation des végétations situées dans l'intérieur de la poche.

d. KYSTE HORDÉIFORME DU POIGNET. — *Teinture d'iode. — Compression. — S'abstenir de toute opération prématurée.* — M. A. Després repousse complétement toute tentative opératoire prématurée sur les kystes hordéiformes du poignet et de la main : tant que l'ouverture spontanée de ces kystes n'est pas imminente, il se borne à faire un traitement palliatif (application de teinture d'iode par exemple et surtout compression ouatée qui, longtemps continuée, et surtout répétée, peut amener une diminution notable dans la masse) : si au contraire la tumeur s'enflamme, il prévient son ouverture spontanée en ponctionnant, vidant la poche et faisant

des lavages. C'est là une sage pratique, mais nous ne pensons pas cependant que toute ouverture de ces tumeurs, produite par le chirurgien, détermine inévitablement la suppuration et des complications graves du côté des tendons. M. Alph. Guérin n'hésite pas, dans certains cas, à ouvrir ces cavités et emploie le pansement ouaté qui lui a donné des guérisons sans la moindre roideur. M. Boinet a obtenu également des succès à la suite d'injection iodée, et nous avons vu notamment, à l'hôpital Lariboisière, M. Tillaux guérir complétement une jeune fille, sans aucune adhérence des tendons, par une ponction faite avec le trocart et suivie d'injection iodée. Opérer dans tous les cas est évidemment un abus, rejeter d'un autre côté l'intervention chirurgicale dans certains autres, nous semble aussi une pratique un peu trop exclusive.

8° PLAIES.

PANSEMENT DES PLAIES. — *Pansement de Lister.* — M. A. Després ne croit pas que ce mode de pansement donne autre chose que les

Fig. 464. — *Pansement par occlusion à bandelettes.*

Fig. 465. — *Suture entor tillée.*

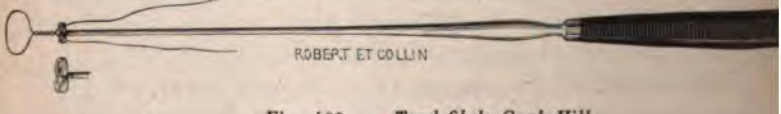


Fig. 466. — *Tord-fil de Cogh-Hill.*

autres méthodes et soit suivi de guérisons plus rapides et plus co plètes : les bons résultats qu'il fournit sont en partie dus à ce q ce pansement comporte l'emploi du drainage que nous étudio depuis longtemps dans la thérapeutique des plaies ; il ne le reje

s il le place sur le même pied que les autres modes de nt.

— Instrument il (de Cassis) 'irer les corps rs du conduit interne.

Fig. 468. — *Curette articulée de J. Le-roy d'Étioles.*

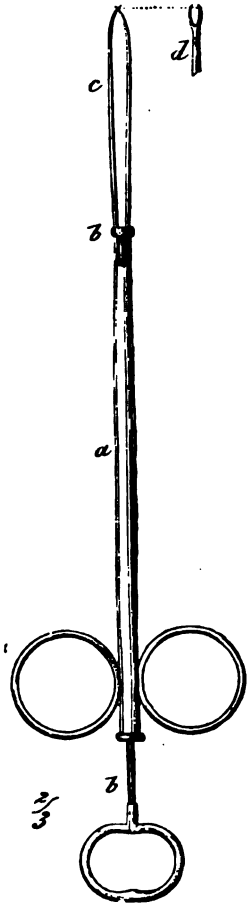


Fig. 469. — *Pince de Bonnafont.* (Les pinces fermées vues de profil.)

a, canule terminée par les branches de la pince; *c*, qui s'écartent par leur élasticité; *bb*, tige qui passe dans la canule et est armée d'un anneau destiné à serrer les mors de la pince; *d*, mors de la pince vue de face.

ploie souvent pour les plaies qui doivent se cicatriser par

deuxième intention le pansement par occlusion (fig. 464) à bandelettes de diachylon séparées de Chassaignac, c'est un pansement rare excellent. Dans les plaies, à réunion par première intention, c'est la suture entortillée (fig. 465) ou la suture avec les fils métalliques dont il se sert ; dans ce dernier cas, pour tordre les chefs, il fait usage de l'instrument de Cogh-Hill (fig. 466).

9° AFFECTIONS DE L'OREILLE.

CORPS ÉTRANGER DE L'OREILLE (haricot). — *Crochet de la pince articulée.* — Les injections répétées sont incontestablement le procédé le meilleur et le plus inoffensif pour chercher à extraire les corps étrangers auriculaires, aussi doit-on y avoir recours de préférence et surtout si ces corps ont une consistance ferme ; mais il n'en est pas de même pour les végétaux qui gonflent par l'humidité comme les haricots. M. A. Després conseille dans ces cas d'avoir recours au *crochet fin de la pince articulée*, comme il en a fait usage dans deux cas et avec succès, plutôt que de se servir de l'instrument de Vidal (de Cassis) (fig. 467) ou de la curette articulée de Leroy d'Étioles (fig. 468). Il suffit de piquer l'extrémité visible du corps avec ce crochet pour que, le péricarpe faisant obstacle, l'instrument ramène le corps étranger à l'extérieur ; il n'y a, pour le malade, ni douleur ni contusion à redouter. Nous recommanderions également à cet effet la pince de Bonnafont (fig. 469) dont les mors *c* terminés par un double crochet à dents de rat *d* pénètrent dans le corps étranger : ces mors, qui sont rapprochés par un coulant *ab*, présentent, à la partie postérieure, deux anneaux servant à les mouvoir.

On peut aussi improviser le crochet avec l'extrémité recourbée d'une épingle, saisie à l'aide d'une pince à écrou : c'est ainsi (1) que le Dr Bozeront a pu retirer un grain de maïs de l'oreille d'un enfant, que la pince ni les injections n'avaient pu faire sortir. L'obstacle dépassé, on fait basculer le petit instrument et l'on tire.

Le docteur Cruber, s'appuyant, d'autre part, sur une série d'expériences sur les fruits à gousse que les enfants s'introduisent si souvent dans les oreilles, a démontré que, de tous les astringents, le sulfate de zinc en solution en produit le resserrement et une diminution de volume : il conseille la solution suivante :

Sulfate de zinc.....	30 centigrammes.
Eau de chaux diluée.....	10 —

(1) A. Després, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, juin-juillet 1873.

HOPITAL DU MIDI

M. LE DOCTEUR Paul HORTELOUP (1)

1° AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES

A. MALADIES DU PÉNIS.

a. PHIMOSIS. — *Circoncision de la peau, incision et excision de la muqueuse.* — M. Horteloup a cherché à se prémunir contre les récidives qui arrivent trop souvent à la suite de la circoncision, en modifiant et en simplifiant quelques-uns des temps de l'opération du phimosis. J'avoue que la méthode qu'il emploie me paraît bien se rapprocher de celle (la première) que Ricord a adoptée (2) et qui n'est, du reste, autre chose que la circoncision des Hébreux mise au courant de la chirurgie moderne ; seulement la serre-fine leur était inconnue, voilà tout.

Voici comment ces temps sont réglés par lui :

1er *temps :* Il ne s'occupe pas, tout d'abord, de la muqueuse et ne cherche pas à l'attirer en avant dans le but de la sectionner au même niveau que la peau, comme le font la plupart des opérateurs de nos jours. — Il n'a qu'un but, faire la *circoncision de la peau du prépuce* seule, et il s'attache au contraire, dans ce premier temps, à refouler le plus possible en arrière le gland et la muqueuse préputiale. — Pour faire l'excision de la peau, toujours suivant la direction oblique de la base du gland, il l'attire fortement en avant, ce qui est facilité par sa grande extensibilité, la fixe à l'aide de deux pinces à mors plats et la coupe entre ces deux pinces. — Il se sert aussi volontiers de la deuxième pince à branches fenêtrées de M. Panas qui maintient facilement le gland en arrière et permet de sectionner les téguments en glissant un bistouri dans les fenêtres.

2e *temps :* Consiste dans la *circoncision de la muqueuse*, qui, en raison de sa disposition anatomique, n'a pas suivi la peau et a con-

(1) 1868, Chirurgien du Bureau central ; — 1873, Hôpital du Midi.
(2) Ricord, *Traité pratique des maladies vénériennes*, 1838.

tinué à recouvrir le gland. Il incise cette muqueuse à l'aide des ciseaux jusqu'au niveau de la couronne, puis en excise largement chacun des lambeaux latéraux en se rapprochant autant que possible de la base : d'un dernier coup de ciseaux il achève l'excision de cette muqueuse au niveau du frein.

3e *temps* : Ce chirurgien se contente d'appliquer trois serres-fines réunissant peau et muqueuse, deux latéralement et une troisième au niveau du frein : il ne les laisse en place que vingt-quatre heures à peine, de crainte de mortification.

b. BALANO-POSTHITE. — *Bains.* — *Eau blanche.* — Si l'inflammation est peu intense, il prescrit des bains généraux et locaux et fait faire des lotions avec de l'eau blanche (lotions détersives, astringentes). Si l'inflammation est plus intense, la première indication à remplir est *d'isoler les surfaces suppurantes* pour empêcher les adhérences entre les muqueuses préputiale et glandaire : à cet effet il interpose soit un peu d'ouate, soit de la charpie fine et sèche ou saupoudrée de calomel, qu'il a le soin de pousser jusqu'à la rainure préputio-glandaire, car c'est à ce niveau principalement que les adhérences ultérieures sont à craindre, surtout si la balano-posthite prend un caractère de chronicité bien marqué. Emploie-t-il un traitement antiphlogistique, il se garde bien d'appliquer les sangsues sur le prépuce, ce qui pourrait être la cause d'accidents fort graves; il faut les placer soit dans les aines, soit au périnée. Si les douleurs sont vives, il enveloppe la verge avec des compresses trempées dans une décoction émollientе additionnée de laudanum.

Les cautérisations au nitrate d'argent lui semblent aussi une bonne méthode ; mais il se garde de les employer tant que l'inflammation est suraiguë : il préfère les injections au 1/200 qu'il répète plusieurs fois dans la journée, aux cautérisations directes avec le crayon d'azotate d'argent qui ne s'étendent pas aussi facilement que la solution à toute la surface enflammée, et qui sont bien plus douloureuses. Il prescrit en même temps un ou deux purgatifs et, à moins d'indications spéciales et formelles, il n'opère jamais le phimosis avant que la période suraiguë se soit calmée.

Ce traitement, comme on le voit, est presque exclusivement local, et suivi rapidement de la cessation de l'œdème et de la diminution de la sécrétion purulente. La teinture d'iode lui rend aussi service dans les cas d'inflammation chronique, d'induration du prépuce, etc.

c. VÉGÉTATIONS. — *Ablation.* — *Teinture d'iode.* — Si elles sont de petite dimension, il se contente de les traiter par un mélange de

poudre d'alun et de sous-nitrate de bismuth : si elles sont volumineuses, l'*excision* lui paraît le meilleur procédé. Il la pratique avec les ciseaux courbes et le bistouri et badigeonne ensuite la surface cruentée avec la *teinture d'iode* pure.

d. CARCINOME DE LA VERGE. — *Isolement de l'urèthre. — Amputation par écrasement linéaire.* — Si le produit morbide a envahi la totalité du pénis, il adopte le procédé de M. Chassaignac (amputation par l'écrasement linéaire), fait attirer le plus possible en arrière du côté de la région pubienne la peau saine du prépuce, et, après avoir introduit dans l'urèthre une sonde molle, traverse cette dernière par une longue aiguille et sectionne le tout en avant avec l'écraseur. Sur un malade de son service, chez lequel le néoplasme avait respecté une partie de l'urèthre, il a pu disséquer ce canal et l'*isoler* à la partie inféro-postérieure en lui conservant une enveloppe fibreuse assez résistante. Ce premier temps effectué, il a divisé la partie antérieure des corps caverneux avec l'écraseur linéaire, puis, transperçant de part en part l'urèthre avec une aiguille armée d'un fil d'argent, il a attiré l'anse au dehors, l'a coupée et, à l'aide de chacune de ses moitiés secondaires obtenues, il a pu réunir à droite et à gauche l'urèthre à la peau du prépuce restant ou plutôt au scrotum. Par ce procédé, qui nous semble fort ingénieux, il a su obvier au rétrécissement du méat nouveau qu'avait créé l'opération et a évité d'avoir recours, comme le font certains opérateurs, à la section médiane pratiquée sur le scrotum. Il vient récemment (1877) de répéter la même opération, faite dans des conditions identiques, sur un malade de l'hôpital du Midi.

B. AFFECTIONS DU TESTICULE.

a. ÉPIDIDYMITE ET ORCHITE. — *Ponctions répétées de la vaginale.* — Il n'emploie ni les sangsues, même lorsqu'il existe de la funiculite, ni les frictions mercurielles, ni les diverses compressions préconisées par certains auteurs; le traitement doit être aussi simple que possible de peur de donner à l'affection un caractère de gravité qu'elle n'a pas tout d'abord. Le repos, avec quelques onctions belladonées, les bourses étant relevées et recouvertes soit de compresses tièdes, soit de cataplasmes laudanisés légers, est suffisant pour la résolution de la glande, la plupart du temps. Si le malade accuse des douleurs trop intenses, il n'hésite pas à avoir recours au moyen préconisé par Velpeau, qui consiste dans la ponction de la tunique vaginale avec une lancette, et la répète même à diverses reprises. Il

ne fait pas plusieurs piqûres à la fois : les malades sont presque immédiatement soulagés et demandent eux-mêmes à se soumettre à cette petite opération. Ces mouchetures, du reste, n'occasionnent jamais d'accident. Il a remarqué que la fluctuation donnée par la présence du liquide est le plus souvent très-circonscrite et constamment située, à moins d'inversion épididymaire, dans un point qui est toujours le même, *en avant et un peu en dehors* : le liquide n'existe que là et non ailleurs, ce qui donne à cet épanchement extrêmement limité une forme qui ne ressemble en rien à celle de l'hydrocèle. Il n'a jamais observé, du reste, la transformation de cette vaginalite en hydrocèle ordinaire.

b. CANCER DU TESTICULE. — *Castration*. — *Ligature en masse*. — M. Horteloup emploie l'instrument tranchant pour diviser les enveloppes du testicule et il subordonne la forme, la place et la direction de cette incision à la variété de tumeur à laquelle il a affaire. Par ce procédé classique ordinaire, la dissection ou plutôt l'énucléation de la masse testiculaire est généralement assez facile, si on a le soin d'attirer en arrière les parties molles enveloppantes, en les saisissant entre le pouce et l'index gauches. — Ne croyant pas que la méthode par l'écrasement linéaire du cordon mette plus sûrement à l'abri des hémorrhagies consécutives, l'une des complications les plus à craindre après la castration, ce chirurgien, après avoir pratiqué la *ligature* de toutes les artères un peu volumineuses qui se présentent au niveau du cordon et avoir isolé les filets nerveux qu'il rencontre, embrasse le reste des éléments de ce cordon par une seule anse de fil triple ou quadruple très-fort et en fait la ligature en masse. Il ne croit pas devoir tenter par de nombreuses sutures la réunion par première intention qui lui paraît exposer à des dangers : il laisse au contraire la surface de section suppurer et verser ses liquides inflammatoires librement au dehors.

C. AFFECTIONS DE LA VESSIE ET DE L'URÈTHRE.

a. VARICES DE LA VESSIE. — *Affusions froides sur le périnée*. — *Injections vésicales au tannin*. — Les varices essentielles de la vessie sont rares, elles sont le plus souvent liées soit à la présence d'un calcul, soit à l'hypertrophie prostatique. — Elles sont le résultat de la dilatation des veines que nous avons décrites, il y a six ans, et dont nous avons surtout exposé avec soin le réseau muqueux, ce qui n'avait pas été fait jusqu'alors par les anatomistes (1). La fi-

(1) Gillette, *Recherches anatomiques sur les veines de la vessie et sur les plexus veineux intra-pelviens* (*Journal d'anat. et de physiol.* de Robin, sept. 1869).

gure 470 représente le beau chevelu que nous avons injecté au niveau du corps.

Dans ces cas de varices M. Horteloup ne croit applicable qu'un traitement palliatif, car le conseil que Desault a donné de placer

Fig. 470. — *Réseau sous-muqueux des veines de la vessie injecté* (Gillette).
a, troncs; *b*, anastomoses; *c*, prostate; *d*, vésicule séminale; *f*, uretère.

une sonde à demeure pour comprimer les varices du col où se trouve leur siége de prédilection habituel, ne lui paraît pas devoir donner de bien heureux résultats. Les applications d'eau froide sur le périnée et surtout la région hypogastrique lui paraissent indiquées : il emploierait également volontiers les injections émol-

lientes, s'il existe un certain degré de cystite, ou bien les injections astringentes, celles de tannin en particulier.

b. FONGUS DE LA VESSIE. — *Injections salicyliques. — Permanganate de potasse.* — Ces fongus siégent le plus souvent vers le col de la vessie et sont pédiculés comme le représente la figure 471.

Fig. 471. — *Fongus de la vessie.*

elles peuvent même s'avancer jusque dans l'urèthre comme dans la figure 472. Il faut songer à traiter les accidents auxquels ils donlieu plutôt que de cherher à les combattre. Injections tanniques, salicyliques au 1/1000e, injections au permanganate de potasse 2/100e, injections froides constituent le traitement palliatif que se borne à faire M. Horteloup.

c. VALVULE MUSCULO-MUQUEUSE DU COL VÉSICAL. — *Compression du col.* — Ce chirurgien préfère employer, avec grand ménagement toutefois, la compression du col avec une sonde en gomme droite munie d'un mandrin : chaque séance ne doit pas dépasser comme durée 10 minutes, 1/4 d'heure au plus. Si la valvule est très-considérable, il aime mieux l'inciser simplement ou employer le dépresseur prostatique de Mercier que d'en pratiquer l'excision en faisant usage du ligament très-ingénieux, mais non exempt de danger, de ce dernier praticien (fig. 472 et 473).

d. BLENNORRHAGIE CHRONIQUE. — *Bicarbonate de soude — hygiène,*

— *balsamiques*, *bougies*. — Il recherche avec soin, en observant le malade, à quelle cause on peut attribuer le passage de l'écoulement

Fig. 472. — *Fongus de la vessie et hypertrophie de la prostate.*

a, *a*, disposition de l'urèthre ; *b*, *b*, surface des corps caverneux ; *j*, masse de petites tumeurs au col de la vessie et dont quelques-unes s'engagent dans l'urèthre ; *i* et *k*, deux tumeurs polypeuses, de volume inégal et de forme irrégulière, occupant les côtés du bas-fond de la vessie, vers l'orifice des uretères et séparées d'une manière très-distincte de la membrane muqueuse, molle et relâchée, du reste de la vésicale *g* ; *h*, *h*, orifices de deux petites cavités existant dans l'épaisseur des parois vésicales (Civiale).

à l'état chronique et s'abstient, sans se presser, de soumettre le malade aux divers médicaments qui, pris à l'intérieur, ne font que fatiguer l'estomac et qui, introduits dans l'urèthre, sont plutôt nuisibles qu'utiles. Il se contente tout d'abord, à l'exemple de M. Alfred Fournier, de prescrire les tisanes délayantes et surtout le *bicarbonate de soude* (4 gr. pour un litre d'eau) que le malade boit dans l'intervalle des repas et qui a pour effet immédiat de rendre l'urine moins irritante pour le canal de l'urèthre; il a recours ensuite au passage quotidien de bougies de calibre moyen, rejette les injections de nitrate d'argent à haute dose, et s'adresse plus volontiers aux *balsamiques* (térébenthine, goudron, etc.) pris à dose continue, mais modé-

rée; il donne en même temps un traitement tonique reconstituant.

e. RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTHRE. — *Uréthrotomie interne. — Instrument spécial à lame mousse.* — L'uréthrotomie interne lui paraît indiquée dans les cas de rétrécissement organique de l'urèthre, se compliquant d'expansion plus ou moins considérable du canal derrière la coarctation, dans ceux très-étroits, difficiles à franchir, qui sont incomplétement dilatables ou qui, par suite d'une espèce d'élasticité, reviennent rapidement sur eux-mêmes une fois qu'ils ont été soumis à la dilatation, enfin dans ceux où la dilatation est suivie d'accident, tel que la fièvre uréthrale. — L'uréthrotome de M. Maisonneuve, qui est aujourd'hui celui que les chirurgiens emploient le plus volon-

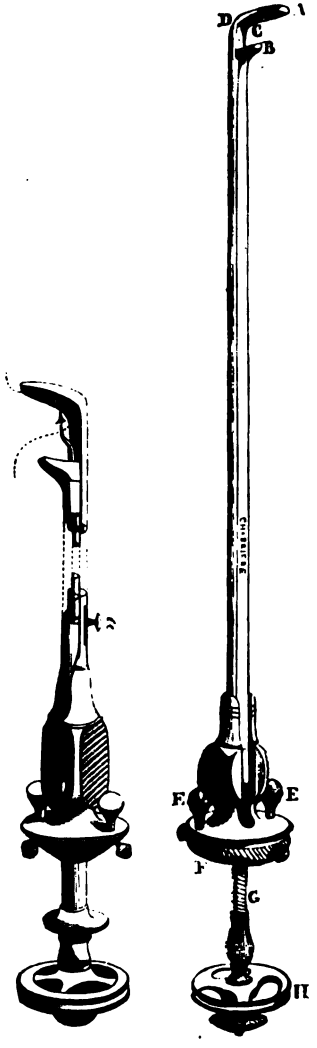


Fig. 473. — *Exciseur de Mercier. Ensemble de l'instrument.*

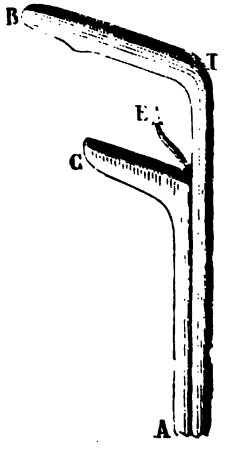


Fig. 474. — *Les becs (grandeur naturelle).*

tiers, est, sans contredit, très-facile à manier, mais c'est justement en raison de cette facilité que l'on voit encore des praticiens ne

t de rien et peu habitués à ce genre d'opération, ne pas à s'en servir et produire parfois cidents terribles.

lorteloup a fait construire un *uré-ie à lame mousse* décrit encore part, qui a pour but d'agir sur rctation uréthrale par pression 'açon graduée et de produire sur ueuse le moins de délabrement e (fig. 475).

eprésente une sonde métallique ire, percée, en avant et au point cathéter se recourbe, d'un orifice peut sortir une *lame mousse* mo-nalogue à celle d'un canif) en but-t glissant par sa convexité anté-sur une petite plaque métallique de champ et un peu obliquement. te lame sort par son ouverture ou dans l'intérieur du cathéter par ivement de propulsion ou de re-ui lui est imprimé grâce à une eminant dans le tube de l'algalie, à la lame en avant et terminée en par une virole que meuvent les du chirurgien; à l'extrémité ter-de la sonde se trouve vissée la conductrice annexée à tous les otomes, et derrière la lame mousse est disposée une *boule métallique* nbrasse le cathéter de la même ue la prostate embrasse le pour-e l'urèthre. — C'est l'arrêt de cette par la coarctation qui indique au gien qu'il est arrivé au niveau du ssement.

re de ces instruments dont il fait sivement usage dans la même ou dans plusieurs séances diffé-, si le malade est trop impression-

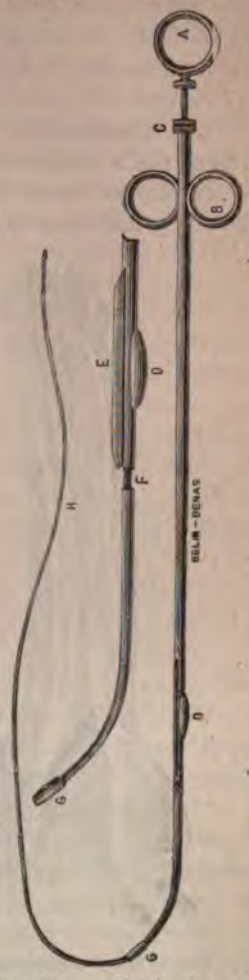


Fig. 475. — *Uréthrotome à lame mousse du docteur Horteloup.*

A, anneau recevant le pouce du chirurgien. B, anneaux recevant l'index et le médius. C, curseur. D, boule. E, lame mousse. F, union de la partie rectiligne. G, pas de vis s'adaptant à la bougie conductrice. H, bougie conductrice.

ont été construits avec des dimensions graduellement de

plus en plus volumineuses. Il commence par le n° du plus petit calibre qui est, pour le cathéter, de la grosseur du n° 7 environ et pour la boule de celle du n° 8 : les trois autres ont, pour le cathéter les dimensions des n°s 8, 11, 14 et pour la boule celles des n°s 13, 15, 17 environ.

Dans le mécanisme de cet instrument, la lame mousse ne sectionne pas le rétrécissement comme les lames coupantes des autres uréthrotomes, mais agit par pression énergique de dedans en dehors et produit une dilatation ou plutôt une déchirure brusque bien

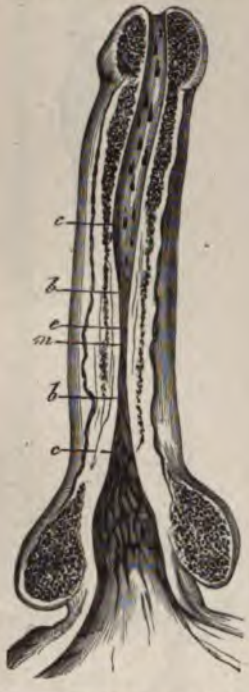


Fig. 476. — *Rétrécissement de la partie spongieuse de l'urèthre.*

bb, limite du rétrécissement *m*, tissu fibreux qui forme la contraction et s'étend au delà de l'angustie *c*, *e*; il est recouvert par la membrane muqueuse; *e*, corps spongieux; *f*, portion membraneuse de l'urèthre dilatée (Civiale, *Traité pratique des maladies des organes génito-urinaires*, t. I).

Fig. 477. — *Rétrécissement de presque toute la partie pénienne de l'urèthre.*

b, longueur du rétrécissement qui occupe toute la partie pénienne de l'urèthre, depuis le méat jusqu'au bulbe de l'urèthre; *m*, *m*, corps spongieux; *k*, corps caverneux (Civiale, *Maladies des organes génito-urinaires*, t. I).

moins étendue toutefois que par le procédé de Mayor ou par le divulseur de M. Voillemier : en un mot, elle donne lieu à un déla-

rement moins accentué du côté du point rétréci. Ce chirurgien l'a employé dans 18 cas de rétrécissement et sans aucun accident sérieux : la douleur éprouvée a été fort médiocre et il n'est survenu, à la suite de l'opération, ni hémorrhagie primitive ou consécutive, ni fièvre uréthrale, ni infiltration urineuse : plusieurs malades ont pu même se lever le lendemain de l'opération. Immédiatement après on introduit une sonde en gomme élastique n° 18 et on la retire au bout de 5 jours. M. Horteloup compte présenter cet instrument à la Société de chirurgie lorsqu'il aura rassemblé un plus grand nombre d'observations. — Nouvel uréthrotome à ajouter à la liste bien longue de ceux qui ont été déjà inventés; mais nous pouvons dire, sans préjuger les résultats à venir, que c'est là un instrument, sinon parfait, du moins prudent et qui, s'il ne répond pas à tous les cas indistinctement, nous semble être plus inoffensif que bien d'autres : nous attendons qu'il ait fait ses preuves.

Dans les cas de *rétrécissement pénien* (fig. 476 et 477), il commence par employer la dilatation temporaire ou permanente : s'il échoue, il fait encore usage de son uréthrotome, et, s'il n'obtient pas de résultat, il pratique l'uréthrotomie externe en essayant séance tenante le cathétérisme rétrograde.

2° SYPHILIS.

a. SYPHILIDE EXANTHÉMATIQUE. — *Bain de sublimé.* — M. Horteloup commence par donner quelques bains amylacés; puis il prescrit les bains de sublimé (2 gram. pour 30 d'alcool) avec le traitement général classique (proto-iodure); il fait suivre en même temps un traitement tonique.

b. SYPHILIDES HUMIDES. — *Fumigations au calomel.* — Dans les syphilides vésiculaires, pustuleuses, tuberculeuses, ulcéreuses, etc., M. Horteloup fait, à l'exemple des praticiens anglais, un usage fréquent des *fumigations au calomel*, mais surtout lorsqu'il s'agit des formes nettement humides et pustulo-crustacées : elles ne sont pas indiquées dans les syphilides exanthématiques papuleuses. — Elles réussissent principalement dans la variété serpigineuse qui est certes l'une des plus redoutables par les désordres étendus qu'elle entraîne du côté de la peau et par les cicatrices difformes qui en sont la conséquence presque inévitable; elles trouvent également leur indication dans le rupia syphilitique.

L'appareil à fumigation de Langlebert (fig. 478) dégage simultanément de la vapeur d'eau et des vapeurs de la substance employée.

Il se compose (Gaujot et Spillmann) d'un manchon de cuivre plein d'eau au-dessous duquel est placée une lampe à alcool à trou central laissant passer la flamme en lui permettant d'amener sous une capsule contenant la substance fumigatoire : l'eau se trouve échauffée par cette flamme et se dégage en vapeur par les trous latéraux; l'appareil est placé entre les jambes du malade assis sur le bord d'une chaise et entouré d'une couverture de laine fixée au cou; — fumigation de 15 à 20 minutes.

Fig. 478. — *Appareil à fumigations mercurielles de Langlebert.*

La manière dont ces fumigations sont administrées à l'hôpital du Midi est extrêmement simple et fort peu dispendieuse. Le malade est assis sur un *tabouret* en bois percé d'un large orifice à son centre : au-dessous, se trouve un *trépied* en fer surmonté d'un récipient de même métal disposé en rigole circulaire, c'est-à-dire percé comme le tabouret à sa partie centrale; dans cette rigole est versée de l'eau que fait bouillir une lampe à esprit-de-vin placée sous le trépied ; la vapeur agit sur le calomel qui renferme une *capsule* reposant sur ce dernier. Le malade, bien enveloppé jusqu'au cou par une ample couverture de laine, reste soumis aux vapeurs de calomel pendant une demi-heure ou 3/4 d'heure, puis est transporté dans son lit où s'achève une sudation abondante : trois fumigations données par semaine, 1^{gr}, 25 pour la première, 1^{gr}, 50 pour la deuxième, 2 grammes pour la troisième. L'emploi de cette méthode ne détermine pas de salivation ni aucun des accidents hydrargyriques, et une amélioration sensible a presque toujours lieu dès les premières fumigations.

c. PLAQUES MUQUEUSES DE LA BOUCHE. — *Chlorure de zinc, — sublimé, — pulvérisation*. — Si elles sont isolées, ce chirurgien se contente de les cautériser avec un pinceau trempé soit dans une forte solution de nitrate d'argent, ou de nitrate ou de mercure, soit dans une solution de chlorure de de zinc au 50^{e}. S'il en existe une grande quantité et qu'elles soient disséminées sur les lèvres de la

uche, sur les bords de la langue, les piliers du voile du palais, il it qu'il est préférable de projeter sur tous les points à la fois le

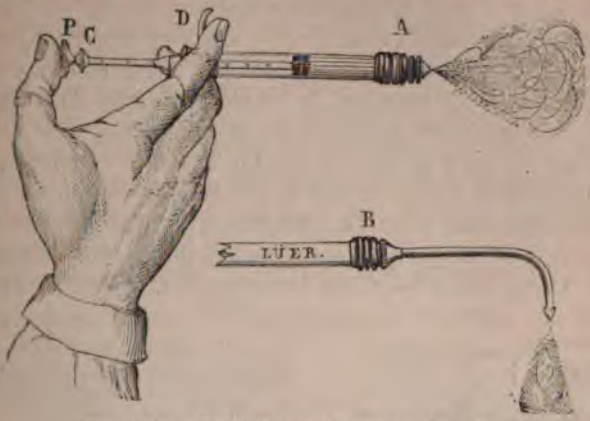


Fig. 479. — *Pulvérisateur laryngien de Luër.*

piston; C, curseur; D, soutien; A, orifice capillaire; B, canule courbée.

Fig. 480. — *Pulvérisateur à levier de Mathieu.*

réservoir de cristal; G, entonnoir pour l'introduction du liquide; B, corps de pompe; evier servant à faire jouer le piston; D, jet du liquide venant se briser sur la paroi supérieure tube; E, F, petit entonnoir ramenant en G le liquide non employé; JH, injecteur pour tres cavités.

liquide médicamenteux sous forme de jet pulvérisé. — Il emploie soit la même solution de chlorure de zinc, soit une décoction de ciguë à laquelle sont ajoutés 10 centigrammes de sublimé pour 250 grammes de solution. Pour projeter ces liquides, il est commode de se servir du *pulvérisateur de Luër* (fig. 479), constitué par un corps de pompe de verre ou de *cuivre doré* muni d'arêtes sur les côtés D pour qu'on puisse facilement le manœuvrer avec une seule main. C'est un petit ajutage de platine à orifice capillaire, terminant l'appareil, à travers lequel se pulvérise le liquide en sortant. Le pulvérisateur fort ingénieux de Mathieu (fig. 480) permet de donner dans le fond du pharynx des douches de liquides médicamenteux de toutes sortes avec une très-grande force. C'est aussi l'un des meilleurs appareils à douches limitées que l'on puisse employer

Fig. 481. — *Appareil fumigatoire du docteur Mandl.*

A socle; B, lampe; C, cercle soudé aux deux fourches montantes; D, ballon; E, tubulure pour l'accès de l'air et pour l'introduction du liquide; FH, tube d'aspiration; G, rondelle de bois.

pour agir sur la peau, dans les cavités, etc. — Lorsque les ulcérations siégent profondément dans la gorge, dans le nez, le larynx, l'appareil fumigatoire de Mandl (fig. 481) peut rendre les plus grands services.

3° AFFECTIONS ANALES.

EMPLOI DU SPÉCULUM QUADRIVALVE. — M. P. Horteloup a présenté à la Société de chirurgie, 26 avril 1876, un spéculum qui diffère des autres spéculums rectaux, parce qu'il est possible avec lui de dilater l'ampoule rectale sans être obligé de dilater le sphincter anal. Il se compose de quatre lames, larges de 1 centimètre, à bord très-mousse, disposées en forme de cône, dont la base est formée par un fil métallique qui passe dans l'épaisseur des lames. Grâce à un mécanisme très-ingénieux, M. Collin a pu faire basculer ces lames autour de ce fil métallique (fig. 482). Ce spéculum est introduit jusqu'à ce que

Fig. 482. — *Spéculum quadrivalve du Dr P. Horteloup.*

la base du cône réponde au sphincter, puis on fait basculer les lames qui viennent déplisser l'ampoule sans faire éprouver la moindre dilatation au sphincter. Ce spéculum offre évidemment des avantages que ne présente pas (fig. 483) le spéculum Ani bivalve

Fig. 483. — *Spéculum Ani ordinaire.*

ordinaire dont les valves, restant écartées à l'aide d'une vis adaptée à l'instrument, dilatent à la fois et l'ampoule et le sphincter anal.

HOPITAL DE LOURCINE

M. LE DOCTEUR H. F. A. DUBRUEIL (1)

1° AFFECTIONS DE L'ANUS ET DU RECTUM.

a. FISSURE ANALE. — *Dilatation au moyen du spéculum.* — M. Dubrueil a observé très-fréquemment dans son service les deux variétés *sous-* et *sus-sphinctérienne*. Cette fréquence ne tient pas évidemment, comme le croyait Blandin, à ce que la fissure est une manifestation locale de la syphilis : elle résulte de ce que l'écoulement leucorrhéique dont la plupart de ces femmes sont affectées vient contaminer la région anale, ainsi que l'a indiqué M. le professeur Gosselin, et agit comme un simple irritant, en enflammant la muqueuse qu'il altère dans son tissu et sur laquelle il entretient un état congestif prolongé. Il a remarqué aussi l'étroite liaison qui existe entre cette affection et la constipation. Très-souvent au niveau de la gerçure se trouve un condylome.

C'est à la méthode de la *dilatation forcée* qu'il donne la préférence, dans le cas de fissure franche, le traitement par la cautérisation au nitrate d'argent et celui de Bretonneau et de Trousseau par la ratanhia lui paraissant au moins insuffisants la plupart du temps; il ne pratique pas cette dilatation à l'aide des doigts introduits dans l'anus, et écartés brusquement en sens opposés : il fait pénétrer successivement dans la cavité rectale trois spéculums de plus en plus volumineux qu'il retire au moment où les valves sont écartées. Le dernier qu'il emploie est celui de M. Cusco, dont l'écartement valvaire maximum est, comme on sait, considérable. Cette dilatation agit à la fois et sur la contracture sphinctérienne, et sur la fissure qu'elle déchire en la transformant en une plaie simple qui se cicatrisera ultérieurement.

(1) 1869, chirurgien du Bureau central. — 1873, hôpital de Lourcine. — 1875, démissionnaire, nommé professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

b. VÉGÉTATIONS ANALES. — *Cautérisation avec l'acide nitrique mono-hydraté.* — Si elles sont volumineuses et plus ou moins pédiculées, il les enlève, soit avec l'écraseur linéaire, soit avec les ciseaux courbes, et badigeonne la surface cruentée avec la teinture d'iode pure. Si elles sont petites et surtout sessiles, il n'a pas recours à l'ablation directe, mais aux cautérisations. Après avoir essayé à différentes reprises, soit l'alun calciné, soit l'acide acétique, il s'est arrêté aujourd'hui à l'*acide nitrique mono-hydraté* dont il touche chaque végétation à l'aide d'un pinceau. L'emploi de ce liquide lui paraît être suivi d'une moindre tendance de ces végétations à la récidive, de leur destruction plus rapide et plus radicale. Il répète ces cautérisations autant de fois qu'il est nécessaire pour la mortification de la tumeur. Nous avons remarqué qu'elles étaient accompagnées de douleurs assez vives et nous donnerions plutôt la préférence à l'acide chromique, qui agit peut-être plus lentement, mais qui finit toujours après plusieurs applications successives par momifier ces végétations.

c. RÉTRÉCISSEMENT FIBREUX DU RECTUM. — *Rectotomie.* — Si le rétrécissement n'est pas situé à une grande hauteur, et s'il est léger, il essaye la dilatation, bien que cette méthode ne soit pas toujours aussi inoffensive qu'ont bien voulu le dire plusieurs chirurgiens. L'ingénieux dilatateur de Beylard est composé d'une tige creuse (fig. 484) de la grosseur d'une sonde, à l'extrémité A de laquelle se trouvent six branches articulées, libres et maintenues par une rondelle de caoutchouc. Ces branches réunies ont la grosseur d'une olive. Une boule C force ces branches de s'écarter. M. Dubrueil préfère la dilation avec des mèches. S'il est valvulaire, il ne se sert ni du scarificateur (fig. 485) d'Amussat père, ni du rectotome à trois branches (dans l'une desquelles se trouve une lame) d'Amussat, ni de l'instrument de M. Tillaux, qui ne peut être efficace que pour les coarctations de peu de résistance; il emploierait plutôt, en pareil cas, l'écraseur emporte-pièce de M. Richet (1) qu'il fait suivre de la dilatation.

C'est surtout la *rectotomie linéaire* qu'il applique dans ce genre d'affections. Il considère ce moyen sinon comme facile, du moins comme plus efficace, pourvu que la coarctation ne soit pas située à plus de 5 centimètres de l'orifice anal. Dans la section verticale de la paroi rectale de haut en bas, faite avec une chaîne d'écraseur, il comprend même une petite partie de la paroi saine au-dessus du

(1) Voyez service du professeur M. Richet.

rétrécissement. A la suite de cette opération, la dilatation n'es indispensable comme après l'incision.

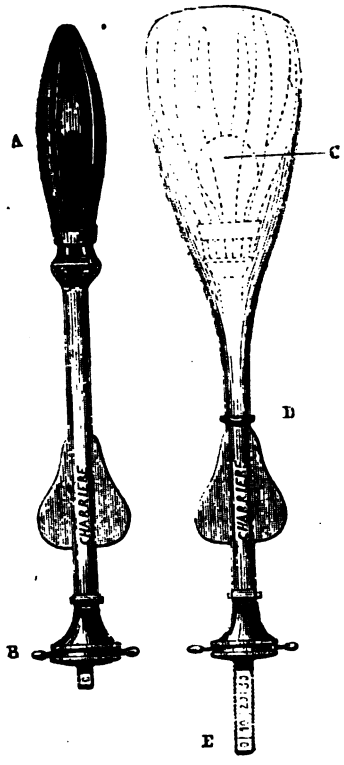


Fig. 484. — *Dilatateur de Beylard.*

A, branches articulées fermées; B, écrou de rappel; C, boucle placée dans l'in l'olive; E, tige taraudée et graduée.

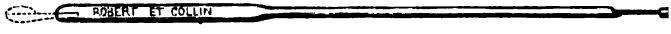


Fig. 485. — *Scarificateur d'Amussat.*

d. ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE. — *Ponction capillaire de l'int Aspiration.* — M. Dubrueil ne rejette pas l'application aux étranglées de la méthode aspiratrice de M. Dieulafoy ; on sai consiste à ponctionner l'anse intestinale étranglée avec une de 1 millimètre de diamètre et à mettre cette dernière en avec l'appareil où le vide a été produit.

Dans la grande majorité des cas l'innocuité de la piqûre de l'anse intestinale avec un trocart d'aussi petite dimension est prouvée, et M. Dubrueil croit qu'il est indiqué d'avoir recours à cette méthode thérapeutique dans les cas d'entérocèle étranglée, sauf dans ceux où on doit craindre, soit une mortification de l'anse, soit une ulcération. Mais le traitement, en pareille circonstance, doit-il toujours débuter par l'aspiration ? Et doit-on ne tenter le taxis qu'après, comme M. Dieulafoy l'a exposé dans son mémoire ? C'est une conclusion que M. Dubrueil ne peut accepter.

Ce chirurgien n'aurait pas autant de tendance à approuver la méthode de M. Demarquay (ponction de l'intestin mis à nu, sans débridement, puis réduction) que nous avons exposée (1) : il ne voit pas, dans ce cas, quel avantage il y a à ne pas débrider immédiatement.

2° AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITAUX.

a. VAGINITE ET LEUCORRHÉE. — *Glycérolé d'amidon et de tannin.* — La vaginite granuleuse, caractérisée par cet état inflammatoire de la muqueuse vaginale dans lequel cette dernière se couvre de granulations rougeâtres de volume variable, ne serait pas, pour M. Dubrueil, une forme tout à fait spéciale telle que M. Ricord l'a caractérisée par le mot *psorélytrie :* elle serait pour lui tout au plus une variété, ou plutôt une période de cette maladie inflammatoire, car presque toutes les vaginites passent par un état granuleux plus ou moins accusé.

Rien n'est rebelle et plus sujet à de fréquentes récidives que cette affection du vagin : il a essayé contre elle en effet une foule de traitements ; les injections à l'acétate de plomb, au sulfate de zinc, au sulfate de fer, les injections d'alun (10 pour 1000) mêlé ou non au sous-acétate de plomb, celles d'alun et de sous-nitrate de bismuth, la teinture d'iode, la poudre de tan, etc. Il a réussi dans certains cas, il a échoué dans bien d'autres ; il s'est arrêté actuellement au *glycérolé d'amidon et de tannin* qui lui semble présenter un peu plus d'avantage comme abortif que les autres médications : 3 grammes de tannin pour 30 grammes de glycérolé d'amidon, telle est la formule qu'il emploie : il trempe plusieurs tampons d'ouate dans ce mélange, les imprègne fortement et les porte profondément dans le vagin où la substance, à cause de sa viscosité, a plus de tendance à rester en place et à agir par son contact prolongé sur la

(1) Voy. service de M. Demarquay.

muqueuse enflammée. — Ce topique modifie la surface et provoque une desquamation épithéliale nécessaire à la guérison.

Si la leucorrhée s'accompagne d'anorexie, de troubles dyspeptiques et de phénomènes d'anémie, il a recours, après avoir purgé plusieurs fois la malade, au traitement tonique, aux amers, aux bains sulfureux, aux eaux minérales et au sirop d'arséniate de soude. — Les injections caustiques et les cautérisations sont plutôt nuisibles, si l'écoulement est sous la dépendance d'une mauvaise constitution, et ne réussissent à la rigueur que s'il est symptomatique d'une altération du col de l'utérus : s'il emploie, ce qui est rare, dans ces formes chroniques d'écoulement vaginal, les cautérisations, c'est la solution de nitrate d'argent dont il se sert, parce que sur les parties génitales de la femme on en peut rationellement opérer et régler l'application.

b. FOLLICULITE VULVAIRE. — *Lotions de sublimé*. — Dans le cas de follieulite vulvaire s'accompagnant quelquefois de prurit insup-

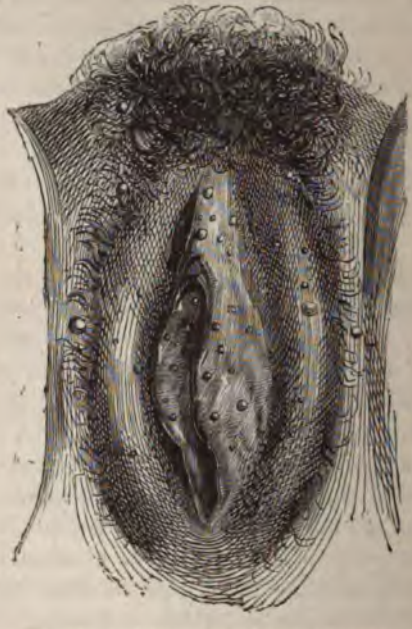


Fig. 486. — *Folliculite vulvaire* (*Huguier*).

portable (fig. 482), M. Dubrueil conseille des bains entiers alcalins ou des lotions émollientes ou additionnées de quelques cuillerées

infusion de cerfeuil. — Il a obtenu aussi de très-bons effets de tions avec 1000 grammes additionnées de 4 grammes d'une solu- on au sublimé au 1/10e — soins de propreté — poudre d'amidon de lycopode. Le repos des organes génitaux est encore le traite- ent le plus efficace, mais c'est là un point bien difficile à obtenir ez ces dames de Lourcine.

c. MÉTRITE DU COL. LEUCORRHÉE UTÉRINE. — *Teinture d'iode sur le l et dans sa cavité.* — M. Dubrueil se sert surtout, pour l'examen es parties génitales profondes de la femme, du spéculum (fig. 487 488) de M. Ricord, en maillechort, à deux valves, de grosseur et

Fig. 487. — *Spéculum bivalve de Ricord.*

de longueur variées, avec un embout en ébène et avec un manche à charnière à point d'arrêt : il emploie également le spéculum de

Fig. 488. — *Spéculum bivalve les manches repliées.*
A, A, articulations des manches.

M. Cusco, à deux valves larges à l'extrémité libre qui forme en quelque sorte embout et dans lequel l'écartement des valves peut être porté très-loin et permettre un examen plus facile et plus approfondi du col de l'utérus. — Nous l'avons vu faire aussi usage

du spéculum plein de Récamier (fig. 489) avec mandrin en bois, du spéculum plein d'A. Richard coupé obliquement à son extré-

Fig. 489. — *Spéculum de Récamier garni d'un mandrin.*

mité utérine comme celui de Fergusson dont il ne diffère que parce qu'il est en maillechort (fig. 490 et 491). Le spéculum à

Fig. 490. — *Spéculum de Fergusson.*

Fig. 491. — *Spéculum plein d'A. Richard.*

trois valves et à développement plein de Charrière lui semble moins commode (fig. 492), aussi l'emploie-t-il moins souvent que ceux de Ricord ou de Cusco. Dans le cas de folliculite du col et d'exulcération de cet organe, M. Dubrueil commence par nettoyer la partie malade avec un tampon de coton saisi à l'aide d'une longue pince, puis il préfère toucher la partie malade avec un long pinceau de charpie trempé dans la *teinture d'iode* plutôt que d'employer le per-

chlorure de fer, le tannin, le nitrate d'argent ou le nitrate de mercure. Comme la présence de ces érosions, de ces ulcérations

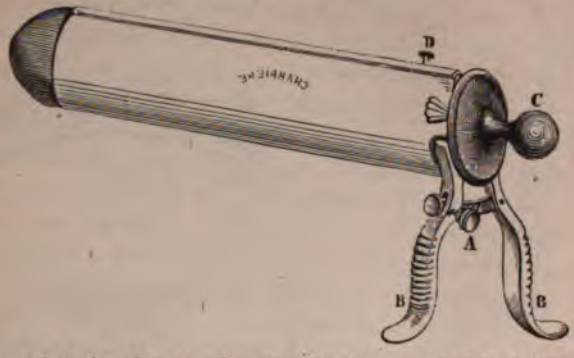


Fig. 492. — *Spéculum à trois valves et à développement plein de Charrière.*

granuleuses du col est due non-seulement à un état congestif de l'organe, mais encore à une inflammation de la muqueuse intérieure du col qui verse au dehors un liquide corrosif agissant à l'extérieur, M. Dubrueil porte son pinceau imbibé de teinture d'iode dans la cavité du col dont il badigeonne largement l'intérieur et ne craint pas d'aller jusque dans le corps de l'utérus. Ces accidents donnant lieu parfois à des troubles névralgiques et pouvant dépendre eux-mêmes d'une mauvaise constitution, il soumet la malade à un traitement général approprié. La congestion du col augmentant et les ulcérations, qui se trouvent à sa surface, devenant plus turgescentes au moment de la fluxion cataméniale, il faut redoubler de précautions à ce moment, éviter les fatigues et les excès.

Pour pratiquer l'exploration de la cavité utérine soit dans le cas de métrite interne, soit surtout dans ceux de rétroversion ou de polype (fig 493 et 494), il fait indifféremment usage prudent soit de la sonde de Valleix, soit de celle d'Huguier.

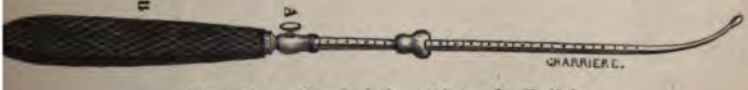


Fig. 493. — *Sonde intra-utérine de Valleix.*

A, vis de pression fixant la tige pour l'empêcher de rentrer dans le manche B, où elle peut être refoulée quand l'instrument ne sert pas.

d. PLAQUES MUQUEUSES DES GRANDES LÈVRES. — *Cautérisation avec la solution de nitrate d'argent.* — Ces plaques muqueuses, surtout

si elles s'accompagnent des mêmes désordres du côté de l'anus, o

Fig. 494. — *Sonde utérine de Huguier.*

A, extrémité du manche perforé pour laisser passer la tige CB, qui supporte le curseur B.

Fig. 495. — *Hypertrophie et éléphantiasis de vulve observé par Rigal (de Gaillac).*

qui est fréquent, se compliquent assez souvent de fissures sou

vinctériennes très-peu douloureuses et ne nécessitant aucun des traitements qui s'appliquent à la même affection siégeant plus haut. Il n'est pas rare de voir les plaques muqueuses donner lieu à l'hypertrophie, l'induration, le sclérème des grandes lèvres. — M. Dubrueil cautérise avec la solution de nitrate d'argent à parties égales ; il emploie aussi, comme dans les affections qui suivent, les *bains de sublimé* (2 gr. pour un bain ordinaire) : c'est là un moyen très-fidèle et un des mieux tolérés ; rarement il détermine le gonflement des gencives et les autres accidents dits mercuriels, s'il est administré avec contrôle et prudence. Les bains de sublimé, qui ont été employés depuis longtemps avec succès par MM. Verneuil et Depaul, sont aussi mis en usage par M. Dubrueil chez la plupart des malades de son service atteintes de lésions secondaires à forme ulcéreuse, et aussi dans les exemples de dermatose où la couche épidermique plus ou moins désagrégée permet une absorption que l'on ne peut plus nier aujourd'hui.

e. ÉLÉPHANTIASIS DE LA VULVE. — *Excision.* — Ces tumeurs ne sont pas très-rares et, si elles atteignent un poids et un volume considérables comme dans la figure 496, si elles sont pédiculées, ce qui est assez fréquent, la seule guérison possible est l'excision. M. Dubrueil circonscrit deux petits lambeaux, l'un antérieur, l'autre postérieur, enlève la tumeur et pratique des sutures métalliques — la récidive est fréquente.

f. ESTHIOMÈNE RONGEANT DE LA VULVE. — *Traitement interne.* — *Iodoforme.* — *Traitement chirurgical.* — Ce chirurgien croit qu'avant d'avoir recours à une des opérations chirurgicales sur lesquelles ont insisté, dans leurs travaux, Huguier (1) et M. A. Guérin (2), il vaut mieux tenter tout d'abord une thérapeutique générale comme dans le bel exemple, suivi de succès, qui a été communiqué par M. Polaillon à la Société de chirurgie en 1872. Cette affection n'étant souvent qu'une manifestation de la diathèse scrofuleuse (fig. 497), il est d'avis de s'adresser à la constitution (huile de foie de morue, amers, teinture d'iode et surtout iodure de potassium, vins généreux, bains sulfureux). Ce traitement antiscrofuleux devra être même continué quelque temps après la cicatrisation de l'ulcère rongeant. Comme applications locales, soins de propreté minutieux, bains répétés, injections ordinaires ou astringentes, badigeonnage avec la teinture d'iode ou pansement à *l'iodoforme*. Si l'affection résiste à

(1) Huguier, *Esthiomène ou dartre rongeante de la région vulvo-anale* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XIV, 1849).

(2) A Guérin, *Maladies des organes génitaux de la femme*, p. 410, 1864.

cette thérapeutique longtemps prolongée et si l'on voit que la dartre rongeante a une grande tendance à envahir les parties voisines,

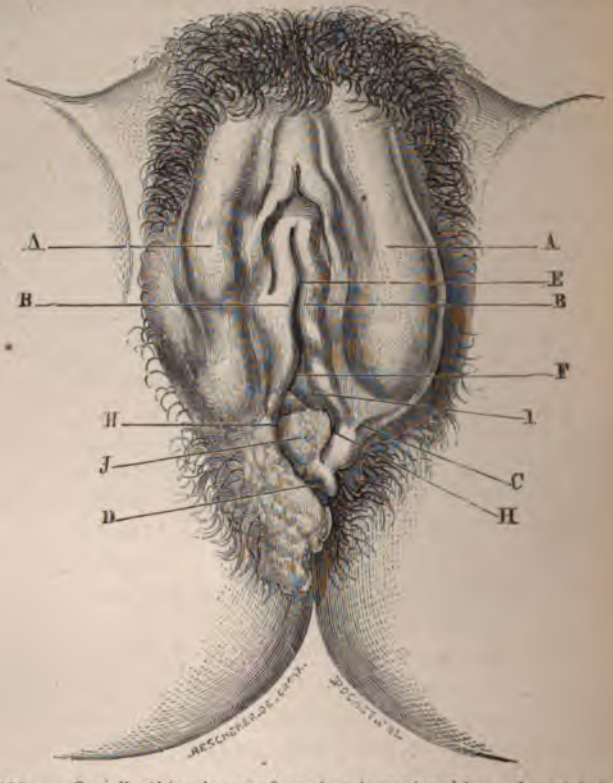


Fig. 496. — *Cas d'esthiomène perforant et hypertrophique du périnée et de l'anus.*

A, A, grandes lèvres ; B, B, nymphes ; C, enfoncement anguleux représentant la cicatrice d'une ancienne ulcération ; D, crête saillante formée par le raphé périnéal et quelques plis de l'anus qui se soutiennent avec la nymphe ; E, F, enfoncement fissural qui remplace le vestibule et le méat urinaire ; HH, ulcération qui circonscrit l'extrémité inférieure du vagin ; I, tubercule intérieur du vagin ; J, orifice inférieur du vagin très-rétréci (Huguier, observation V, p. 560 et pl. II).

et à produire des décollements considérables, il a recours aux caustiques (pâte de Vienne, fer rouge) pour arrêter la marche de l'ulcération, et n'emploie l'instrument tranchant que dans la variété hypertrophique où il est indiqué de retrancher largement tous les tissus dégénérés qui ne sont pas susceptibles de donner lieu à une cicatrisation de bon aloi. Après avoir opéré, il soumet encore les malades à une thérapeutique générale.

g. CANCER DE LA VULVE. — *Expectation*. — Si la tumeur est limitée, on peut l'attaquer par les cautérisations, mais si elle est étendue à une grande surface (fig. 497), il serait encore plus dange-

Fig. 497. — *Cancer de la vulve* (*Mac Clintock*).

reux d'intervenir, et M. Dubrueil se contente de traiter par des applications phéniquées ou chloralées — opium à l'intérieur.

3° AFFECTIONS DU NEZ, DE LA BOUCHE, DE LA GORGE.

a. RESTAURATION DE LA SOUS-CLOISON. — *Procédé de Blandin*. — Le *procédé de Dupuytren*, qui consiste à tailler, sur la partie médiane de la lèvre et sans aller jusqu'au bord libre, un lambeau cutané appliqué par torsion sur la surface avivée, donne lieu à une saillie difforme et à une largeur trop considérable de cette nouvelle sous-cloison. M. Dubrueil préfère de beaucoup le *procédé de Blandin*, qui taille sur la lèvre supérieure un lambeau dont l'extrémité antérieure ne dépasse pas le bord libre : au lieu de faire éprouver une torsion au pédicule, on avive la face cutanée que l'on met en rapport immédiat avec la partie restante de la sous-cloison préalablement avivée. Ce chirurgien a présenté à la Société de chirurgie,

25 mars 1874, une malade à laquelle il avait pratiqué, avec succès, une restauration de la sous-cloison par la méthode précédente. Il ne rejette pas non plus le procédé imaginé par M. Serres, qu'il rapproche jusqu'à un certain point de la méthode de Blandin : il consiste à détacher le lambeau, pris toujours sur la lèvre, par sa partie supérieure, et à lui laisser, au niveau de son extrémité antéro-inférieure, des adhérences qu'il serait facile de sectionner, quand la réunion des deux surfaces cruentées aurait été obtenue.

b. PLAQUES MUQUEUSES DES LÈVRES. — *Nitrate d'argent.* — Prescrivant en même temps les bains de sublimé dont nous avons donné la formule, M. Dubrueil, au lieu de saupoudrer ces ulcérations

Fig. 498. — *Fumigateur simple de Galante.*

A, chaudière supportée par un cercle métallique *b* fixé au-dessus d'une lampe à alcool C; *d*, *m*, bouchons en caoutchouc vulcanisé; *e*, *f*, tubes conducteurs; *l*, thermomètre indiquant le degré de chaleur; K, canule; M, poire insufflatrice en caoutchouc vulcanisé, ayant une prise d'air en *o*.

avec la poudre de sucre et de calomel (à parties égales) comme on le pratique souvent, se contente de les toucher à plusieurs reprises différentes avec la *solution de nitrate d'argent* (parties égales)

il n'emploie pas non plus, à cet effet, la solution saturée de chlorure de zinc.

c. PLAQUES MUQUEUSES DE LA GORGE. — *Gargarisme au sublimé.* — *Sirop de sublimé.* — Ces plaques ne sont pas cautérisées par lui, comme les précédentes. Il emploie simultanément le *gargarisme au sublimé* (10 cent. pour une décoction de 300 gr.) et le *sirop de sublimé*, qui n'est du reste que la liqueur de Van-Swieten dans laquelle l'eau a été remplacée par du sirop (25 milligr. par cueillerée).

Il se sert également de fumigations analogues à celles décrites dans le service de M. Horteloup, pratiquées à l'aide du fumigateur simple de Galante (fig. 498) sans thermomètre.

d. PEMPHIGUS. — *Iodure d'ammonium.* — Lorsque cette maladie est arrivée à sa dernière période (pér. foliacée) dans laquelle elle se caractérise par des croûtes minces ou plutôt des lamelles situées sur un fond érythémateux, M. Dubrueil emploie soit le badigeonnage avec la teinture d'iode, soit l'iodure d'ammonium.

L'*iodure de potassium* ainsi que le *sirop de Gibert* sont aussi employés par lui, dans les accidents précédents, suivant la période de la syphilis.

M. LE DOCTEUR THÉOPH. ANGER (1)

1° AFFECTIONS DES OS ET DES ARTICULATIONS.

a. LUXATION DE L'ÉPAULE. — *Traction continue élastique.* — Ayant remarqué que, dans ce genre de traumatisme, des tractions relativement peu considérables, 40, 30, même 10 kilogrammes suffisent parfois pour amener la réduction des luxations de l'épaule, tandis qu'on n'obtient rien avec un poids de 100 kilogrammes mal dirigé, MM. Th. Anger et Legros ont cherché à appliquer la *traction* élastique à la réduction des luxations et ont pleinement réussi : c'est en 1866 dans le service de Nélaton que le premier essai a été fait sur un malade

(1) 1872, Chirurgien du Bureau central; — 1876, hospice de Bicêtre; — 1877, hôpital de Lourcine.

atteint de luxation de l'épaule. Voici quelle est la manière de procéder (1).

Pour établir la *contre-extension*, on fixe à un des montants du lit en fer d'hôpital les deux chefs, croisés derrière le cou du malade, d'un drap plié en cravate et passant sous l'aisselle par son milieu. Pour faire l'*extension*, on applique comme d'ordinaire à la partie inférieure du bras une alèze dans l'anse de laquelle s'introduit un *tube de caoutchouc*, gros comme le petit doigt, long de 60 centimètres et qui va se fixer à l'autre montant du lit : il suffit, pour doubler ou tripler la puissance de ce tube, de le replier autant de fois sur lui-même. Cette excellente méthode, que nous avons employée nous-mêmes, bon nombre de fois, non-seulement dans le cas de luxation, mais contre les ankyloses, a pour effet de combattre la résistance des muscles. La traction opérée à l'aide de ces tubes ne doit guère être prolongée au delà de 15 à 25 minutes dans la même séance : passé ce temps, le malade ne peut plus la supporter. C'est ainsi que M. Th. Anger avec quatre tours parvint sur un individu athlétique à réduire une luxation intra-coracoïdienne, datant de 48 heures, et ayant résisté la veille à des tractions vigoureuses pratiquées par trois aides ; 25 minutes de traction élastique avaient suffi pour vaincre la résistance musculaire.

b. LUXATION DE L'ASTRAGALE (complète en avant et en dehors). — *Tractions continues par les bandes de caoutchouc.* — Malade étendu sur son lit, contre-extension faite au moyen d'une alèze passée dans la cuisse. — Il place des bandelettes de sparadrap autour du pied et il fixe la bande de caoutchouc au niveau de leur entre-croisement sous la voûte du calcanéum. Sur le malade dont M. Th. Anger a lu l'observation à la Société de chirurgie (13 janvier 1875), après 12 minutes d'une traction modérée, sentant que la force musculaire était épuisée, il a appuyé le genou sur la tête de l'astragale, en tenant la jambe d'une main et de l'autre l'avant-pied, et il a entendu bientôt le craquement caractéristique indiquant que la réduction était obtenue : dans ce cas, les suites furent des plus simples et aujourd'hui le malade marche parfaitement bien.

Nous devons faire remarquer que l'emploi du caoutchouc dans la réduction des luxations est un véritable procédé de douceur qui n'a absolument rien d'effrayant ni de douloureux dans son application. La seule chose dont se plaint le patient est une sensation de fatigue et d'épuisement, et c'est là justement le moment qu'il

(1) Th. Anger et L. Legros, *Nouvelle méthode pour réduire les luxations* (*Luxation intra-coracoïdienne*), *Gaz. des hôp.*, 1866, p. 295.

aut choisir pour faire la coaptation. Ce moyen, aussi sûr qu'inoffensif, est appelé, dans bon nombre de cas, à remplacer le chloroforme qui malheureusement, et surtout dans les cas de réduction de luxations, est loin d'être exempt de danger.

c. FRACTURES DES MEMBRES. — *Extension continue avec le caoutchouc.* — M. Th. Anger a également préconisé l'emploi de cet ingénieux moyen contre les fractures pour prévenir le raccourcissement, et cela indifféremment sous formes de lanières, de bandes, de tubes, pourvu qu'on détermine une traction permanente et continue. Cette application convient non-seulement aux fractures récentes, mais encore à celles déjà un peu anciennes, mais dont la consolidation n'est pas encore assez avancée pour désespérer de les réduire. Il a employé le même moyen dans les fractures de jambe afin de corriger le déplacement primitif ou consécutif des fragments, même après plusieurs mois, alors qu'il existait encore de la mobilité entre les fragments. Dans ces cas compliqués, outre l'extension continue destinée à surmonter la résistance musculaire, il est indiqué d'appliquer sur les extrémités brisées des tractions latérales

Fig. 499. — *Traction continue appliquée à une ankylose angulaire du genou.*

A, traction horizontale au moyen de l'anse de sparadrap; B, traction verticale descendante appliquée sur la saillie du genou au moyen d'une écharpe; C, échancrure du matelas pour laisser passer la ficelle de la traction verticale; D, tube de caoutchouc pour la contre-extension.

en sens inverse, de manière à corriger le déplacement suivant l'épaisseur. Ce chirurgien insiste tout particulièrement sur la petite quantité de traction qu'il faut développer.

Dans toutes ces observations, on remarque qu'un seul tube de

caoutchouc, rarement deux ont largement suffi pour maintenir la réduction.

M. Eug. Bœckel (1) a appliqué aux fractures de membres et à la coxalgie la traction continue au moyen de l'appareil à sparadrap qui a été appliqué en premier par Gilbert (fig. 499 et 500).

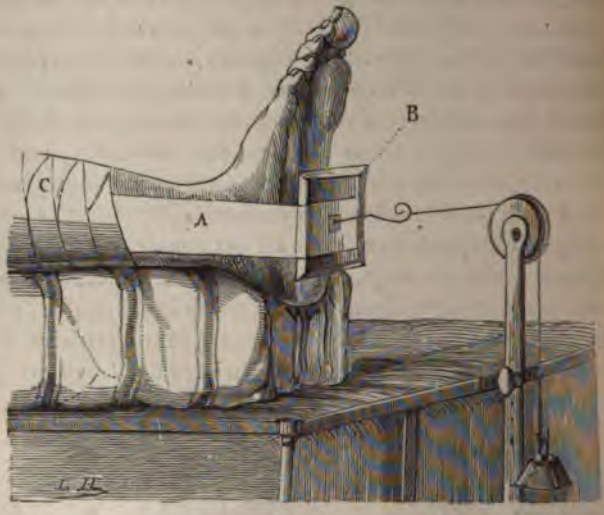


Fig. 500. — *Détails de l'application de l'anse de sparadrap.*

A, bande de sparadrap formant anse ; B, traverse en bois, un peu échancrée sur les côtés écarte les deux chefs de l'anse des malléoles et donne insertion au crochet auquel se fixe tension ; C, bandes circulaires de sparadrap qui fixent les deux chefs de l'anse.

de Philadelphie, et après lui par bien des chirurgiens américa Volckmann (de Halle) et de Mœschede ont vulgarisé cette mét qui, bien qu'elle ne prenne son point d'appui que sur la peau très-efficace et a l'avantage de n'exiger aucun appareil mécan spécial coûteux et difficile à se procurer : — avec du sparadrap poulie et une ficelle on peut facilement l'improviser et l'adap des sujets de toutes les tailles.

d. GENU-VALGUM. — *Appareil à traction élastique.* — Ce chiru ne croit pas avec M. Lannelongue que cette déformation s maladie des misérables, il en a observé chez des enfants riches insiste particulièrement sur ce fait que, cinq ou six fois, rencontré l'*existence simultanée du pied-bot et du genu-valgu*

(1) E. Bœckel, *Des applications de la traction continue au moyen de l reil à sparadrap* (*Bull. gén. de thérapeutique*, 30 nov. et 15 déc. 1875).

croit donc que le genou a tendance à devenir cagneux chez les enfants atteints de pied-bot. Il cherche à combattre cette complication à l'aide d'appareils qui ne diffèrent que par l'emploi d'une ceinture en coutil très-légère et l'insertion aux tiges externes de deux élastiques qui font l'abduction et tirent le genou en dehors : il a fait adapter à son appareil, suivant le conseil de Malgaigne, une semelle plus épaisse en dedans qu'en dehors. Selon lui, le redressement du pied fait de bonne heure a pour avantage de prévenir la cagnosité du genou. Quoi qu'il en soit, cette concomitance du genu-valgum et du pied-bot n'est pas un fait démontré d'une façon irrécusable.

2° AFFECTIONS DE LA LANGUE.

CANCER DE LA LANGUE. — M. Th. Anger, dans sa thèse d'agrégation (1), reconnaît comme variété la plus fréquente et de beaucoup

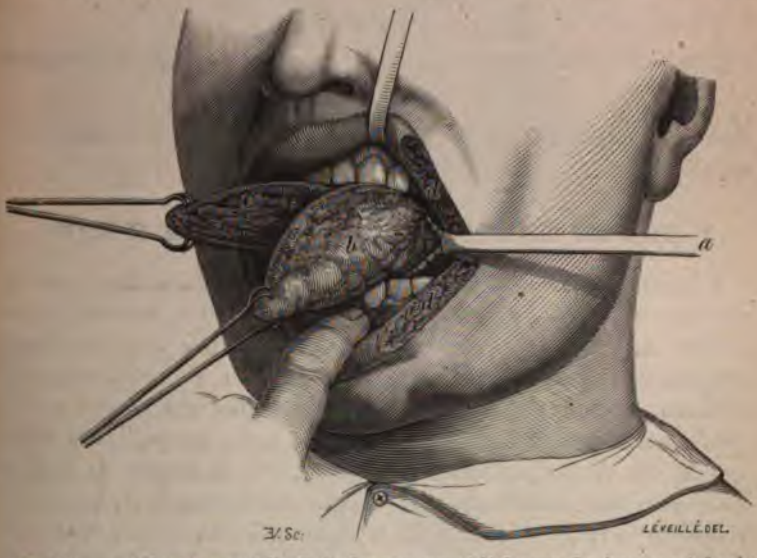


Fig. 501. — *Ablation partielle de la langue, procédé Jaeger. La langue est fendue suivant son axe avec quelques coups de ciseaux, et il ne reste plus qu'à jeter une chaîne d'écraseur transversalement sur la base de la partie à abattre.*

l'épithelioma (papillaire ou interstitiel). La méthode (fig. 501 et 502) par l'écrasement linéaire, soit pour l'ablation partielle, soit pour l'ablation totale, est le procédé qu'il préconise le plus, avec la ligature

(1) Th. Anger, *Du cancer de la langue*, th. agrég. Paris, 1872.

extemporanée, pourvu que la langue ait gardé sa mobilité, que la production morbide n'en dépasse pas les limites et que l'applica-

Fig. 502. — *Amputation de la totalité de la langue par la méthode de l'écrasement linéaire.*

tion de l'instrument ne soit pas rendue impossible par la saillie du maxillaire.

3° AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES (HOMME ET FEMME).

a. HYPOSPADIAS. — *Redressement du pénis et uréthroplastie par inclusion cutanée.* — Le premier temps de l'opération conseillée par M. Th. Anger consiste à redresser la verge par deux incisions transversales petites, mais profondes ; quant à l'uréthroplastie, c'est un procédé en *double-pont* ou en *volet*, analogue à celui que le professeur Thiersch de Leipzig a appliqué pour l'épispadias en 1869, que M. Th. Anger pratique. Il consiste : 1° à disséquer de dehors en dedans une première bande cutanée tout le long de la face inférieure de la verge, à gauche de la ligne médiane, et à la renverser sur la sonde placée dans la vessie de façon à ce que sa surface épidermique se continue avec la muqueuse de l'urèthre; 2° pour maintenir ce nouveau canal, à disséquer une seconde bande cutanée *de dedans* en dehors, à droite de la ligne médiane, et à la rabattre par sa face cruentée sur la face cruentée de la précédente. — Suture métallique.

Deux points fondamentaux dans l'*opération uréthrogénique* de Th. Anger :

premier lieu, un revêtement cutané formant la paroi du eau canal ;

second lieu, l'opposition et la juxtaposition de lambeaux ges surfaces.

ez le malade présenté à la Société de chirurgie, une première ative avait été suivie d'accident sérieux (sphacèle du lambeau, ite, abcès phlegmoneux des bourses et du petit bassin) ; la se- le opération fut suivie d'une guérison complète et définitive et alade peut aujourd'hui coïter et *mingere ad parietem ;* il y a donc uccès complet ; toutefois, dans cette uréthroplastie, M. Th. An-

Fig. 503. — *Tumeur enkystée des lèvres.*

T, aspect de la tumeur, *m*, sonde introduite dans l'urèthre.

ne s'occupe pas de la restauration du méat, comme le fait Duplay (1).

Voir le service de M. le docteur Duplay.

b. KYSTE DE LA GLANDE VULVO-VAGINALE. — *Injection de chlorure de zinc.* — Dans les cas de tumeur enkystée (fig. 503) circonscrite et souvent transparente de la grande lèvre et dans les kystes proment dits de la glande vulvo-vaginale, il commence par évacuer avec un petit trocart les 3/4 du liquide contenu dans la poche, puis il injecte 20 gouttes de la solution suivante :

Chlorure de zinc.....	50 centigr.
Eau distillée.....	5 gram.

Pendant les quatre premiers jours le kyste prend un plus grand développement, mais, à partir de ce moment, il diminue rapidement de volume et la résolution s'opère graduellement et sans notable inflammation. Dans un cas où il avait essayé en vain et à deux reprises la teinture d'iode, il réussit à l'aide de ce nouveau moyen.

c. PROLAPSUS UTÉRIN. — *Épisiorrhaphie.* — Dans les cas de chute complète de l'utérus, infirmité si pénible pour les malades, et surtout ceux qui sont constitués, comme le voulait M. Huguier, par une hypertrophie du col, M. Th. Anger a recours à l'occlusion vaginale, telle qu'elle a été pratiquée pour un cas de fistule vésico-vaginale rebelle par M. B. Anger (1). Il a employé ce procédé deux fois : dans l'un des cas le succès a été complet ; le second, que nous lui avons vu opérer à Saint-Antoine, s'est terminé par la mort.

d. CALCUL DE LA VESSIE (femme). — *Taille uréthrale.* — La taille uréthrale donnerait, selon M. Th. Anger, de meilleurs résultats que la taille vaginale. Il l'a pratiquée deux fois. Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de 45 ans qui portait depuis deux ans un calcul dans la vessie. Le calcul était petit, mais occasionnait des douleurs incessantes. L'extraction à l'aide de la taille uréthrale fut suivie de guérison rapide. M. Th. Anger a revu la malade qui n'a éprouvé aucune incontinence d'urine.

L'année dernière, il a opéré de la même manière une jeune fille de 18 ans ayant dans la vessie un calcul volumineux qui lui causait des douleurs intolérables. Il a fallu faire, après chloroformisation, une large incision avec le bistouri boutonné, ce qui donna lieu à un écoulement de sang assez considérable. La malade guérit, mais conserva pendant plusieurs mois une incontinence d'urine à peu près disparue complétement aujourd'hui.

(1) Voy. le service de M. le docteur Benj. Anger.

4° AFFECTIONS KYSTIQUES, ONGLE INCARNÉ.

a. INJECTIONS DE CHLORURE DE ZINC. — Depuis quelques années, M. Th. Anger a expérimenté avec assez de bonheur (bien que la question soit loin d'être complétement résolue) la méthode des injections de chlorure de zinc dans les kystes et en particulier ceux qui sont à contenu muqueux. Nous venons de voir, plus haut, l'application qu'il a faite de ce mode de traitement aux kystes de la glande vulvo-vaginale, il l'a étendue à bien d'autres variétés de poches kystiques. Les substances irritantes en effet, utilisées sous forme d'injections dans la grenouillette, l'hygroma, etc., échouent le plus souvent contre la résistance que le liquide visqueux, auquel on les mélange, oppose à leur diffusion. De là les méthodes plus radicales : ouverture du kyste, cautérisation à ciel ouvert qui n'offrent pas, certainement, de grands dangers, mais qui cependant peuvent exposer à des accidents.

Pousser l'irritation de la paroi assez loin pour la modifier profondément et écarter les chances de récidive, mais pas assez pour provoquer la formation du pus ; faire concourir à la résorption du contenu les modifications chimiques que son mélange avec le chlorure de zinc doit forcément y apporter, tel est le but que s'est proposé M. Th. Anger par l'emploi du chlorure de zinc.

M. Le Dentu (1) a lu un rapport sur ce mode de traitement et, tout en faisant la part des réserves que l'on doit émettre à son sujet, n'en a pas moins conclu jusqu'à un certain point en sa faveur.

Dans deux cas d'*hygroma*, opérés par M. Th. Anger, la guérison complète a été obtenue, en trois semaines et en quinze jours, par une injection de trois gouttes.

Dans un premier cas de grenouillette, après une injection de trois gouttes (c'est celui que nous avons observé dans le service de Dolbeau), il y eut douleur très-violente, inflammation intense de tout le plancher buccal, et guérison complète au bout de quinze jours. Mais dans un second cas de grenouillette, après l'injection d'une seule goutte, il y eut une douleur et une inflammation encore plus violente, récidive et abcès sus-hyoïdien à la suite d'une seconde injection.

Hygromas, grenouillette, kyste muqueux du testicule, des grandes lèvres, du corps thyroïdien, peut-être même certains kystes de l'ovaire, sont autant d'affections qui seraient susceptibles d'être

(1) Le Dentu, *Bull. de la Soc. chir.*, 8 décembre 1875.

traitées par ce moyen. Les expériences que M. Th. Anger a faites sur l'application de cette méthode, à l'hydrocèle simple, n'ont encore reçu aucune consécration : il n'est pas irrationnel, toutefois, d'admettre la possibilité de l'utilité de ce moyen.

b. ONGLE INCARNÉ. — *Lambeau taillé, puis réappliqué.* — M. Th. Anger (1) taille par transfixion sur le bord correspondant au côté malade, mais en dehors de la partie ulcérée, un petit lambeau dont la base correspond à 2 millimètres environ en avant de l'articulation phalangienne et dont l'extrémité libre arrive jusqu'au bout de l'ongle. D'un second coup de bistouri, il fait sauter comme un copeau toute la partie de l'ongle malade jusqu'à l'os. Puis le petit lambeau est aussitôt réappliqué et maintenu à l'aide d'une petite bandelette : il entoure l'orteil d'une épaisse couche d'ouate, la guérison complète exige de 8 à 10 jours.

(1) C. J. Dupont, *Étude critique sur le traitement de l'ongle incarné.* Th. inaug. Paris, 1873.

HOPITAL DE LA MATERNITÉ-COCHIN

M. LE DOCTEUR POLAILLON (1)

1° AFFECTIONS DES OS ET DES ARTICULATIONS.

a. FRACTURE DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DE L'HUMÉRUS. — *Moule plâtré.* — Dans ces fractures, situées plus ou moins près de l'articulation de l'épaule, il est toujours extrêmement difficile de maintenir la coaptation : quelquefois on est obligé de se contenter d'une coaptation incomplète, et même dans ce cas la difficulté d'immobiliser l'épaule et par suite le fragment supérieur retarde la consolidation et expose à la formation d'une pseudarthrose.

Pour atteindre le but de maintenir les fragments immobiles, M. Polaillon façonne, avec plusieurs doubles de tarlatane trempée dans du plâtre liquide, une sorte de large attelle qui recouvre l'épaule jusqu'au cou, la moitié externe du bras et qui passe sous le coude, celui-ci étant maintenu dans la position fléchie ; — au bout de quelques instants, on obtient par la solidification du plâtre un moule exact des parties à contenir. Lorsque ce moule est complétement sec, on l'applique sur les parties dont il a pris l'empreinte, après avoir préalablement recouvert ce dernier d'une épaisse couche d'ouate. On le fixe au bras et au coude au moyen d'une bande roulée et on le fixe au tronc au moyen d'une bande qui passe obliquement sur l'épaule du côté malade, sous l'aisselle du côté sain, qui revient sur l'épaule malade, etc., en décrivant ainsi des doloires qui embrassent d'abord le tronc et le bras pour s'arrêter au-dessous du coude ; un coussin est placé entre le bras fracturé et le côté correspondant de la poitrine.

b. FRACTURE DE LA CLAVICULE. — *Moule plâtré.* — C'est encore au même moyen que M. Polaillon donne la préférence pour les fractures (partie moyenne) de la clavicule. La plupart de ces nom-

(1) 1870. Chirurgien du Bureau central ; — 1873, Maternité-Cochin.

breux appareils (croix de fer, corset de Brasdor, *glossocome* de Dauvergne) (fig. 504) qui ont été imaginés pour cette variété de frac-

Fig. 504. — *Le bras est fixé à la partie inférieure du glossocome, et, par conséquent, fait l'effet du bandage de Desault ou mieux de la ceinture et du bracelet de Boyer. La crosse du glossocome est fortement abaissée, son coussin à air est même un peu désempli (Dauvergne).*

ture sont ou bien compliqués ou bien assez mal supportés par les malades; — on parvient du reste à maintenir la coaptation exacte des fragments, avec bien moins de gêne pour les malades, à l'aide des *appareils moulés*. Ainsi l'appareil de Demarquay (1) agit non-seulement par le ressort dont il est muni, mais aussi en moulant exactement les deux épaules et la base du cou avec une plaque de cuir bouilli: M. Lesueur (2) d'autre part recouvre la région d'un plastron de gutta-percha de plusieurs centimètres d'épaisseur, qui se moule sur la partie supérieure de la poitrine et des épaules.

La gutta-percha, après avoir été ramollie, adhère naturellement à la peau et est maintenue au moyen d'un bandage de Desault ou de courroies; — mais c'est à l'appareil moulé en plâtre que M. Po-

(1) Voy. service de Demarquay.
(2) Lesueur, *Revue médico-chirurgicale*, 1852.

aillon a plutôt recours. — Après avoir réduit une fracture, Hubenthal eut l'idée de couler du plâtre sur la région claviculaire ; il dit avoir obtenu ainsi une guérison sans difformité. Au lieu d'employer le plâtre seul, il est préférable d'imbiber de sa bouillie liquide un linge usé ou une pièce de tarlatane repliée en plusieurs doubles ; avant que le plâtre soit pris, on recouvre la partie supérieure du bras, l'épaule, la région claviculaire, le haut de la poitrine et du dos et la partie correspondante du cou avec le linge ou la tarlatane bien imbibée. On obtient ainsi un moule qui par son contact exact avec toutes les parties qu'il recouvre maintient l'immobilité des fragments. Il va sans dire que ce moule doit être fixé à la poitrine par des tours de bande et que le bras doit être immobilisé.

c. FRACTURE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR. — *Suture avec fils d'argent.* — Lorsqu'il y a impossibilité de maintenir les fragments par d'autres moyens tels que (la fronde ordinaire, l'appareil de Morel-Lavallée ou l'ingénieuse fronde du professeur Bouisson (fig. 505),

Fig. 505. — *Appareil de Bouisson pour les fractures du maxillaire inférieur. Fronde appliquée.*

Les chefs B, C, se distinguent de ceux des frondes en cuir ordinaires par l'addition d'une partie élastique, représentée par une série de petits ressorts à boudins ou par des cordelettes en caoutchouc enveloppées et assujetties par de l'étoffe plissée et extensible. Des lanières en cuir prolongent les extrémités de la fronde et sont percées de trous pour graduer à volonté l'appareil (Bouisson, *Tribut à la chirurgie*, t. II).

M. Polaillon fait la suture osseuse avec un ou deux fils d'argent bien recuit, suffisamment minces et malléables. Dans ces cas le *perforateur de Bérenger-Feraud*, qui n'est autre (Gaujot et Spillmann)

que le *drill* des dentistes et ouvriers en métaux légèrement modifié, peut rendre de grands services et se compose d'un foret cylindrique dans une moitié de son épaisseur. Sur le foret est un curseur mobile permettant d'agir pendant tout le temps sans crainte de dépasser le champ que l'on s'est fixé. L'écrou est muni d'un manche latéral qui donne une plus grande force à l'opérateur; une articulation permet au manche d'osciller dans tous les sens.

d. AFFECTIONS DU CALCANÉUM. — *Resection.* — M. Polaillon (1) a posé les indications et contre-indications de cette opération et est arrivé à cette conclusion qu'elle expose moins à la mort que l'amputation de la jambe.

Chez les enfants et les adolescents, dont la croissance n'est pas encore terminée et qui se trouvent dans de bonnes conditions de santé générale, elle doit être acceptée en pratique, car elle donne d'excellents résultats (fig. 506) au point de vue de la marche. Il n'en est pas de même chez l'adulte. Dans l'âge moyen de la vie et à plus forte raison dans la vieillesse elle échoue au contraire dans la moitié des cas, et les succès qu'on obtient sont moins favorables, moins exempts de tout reproche : chez eux la marche n'est pas aussi régulière et n'a pas lieu sans fatigue. Dans cette seconde catégorie de malades l'amputation vaut mieux que la resection ou extraction du calcanéum, car elle expose moins à la mort.

Fig. 506. — *Aspect du pied quelques mois après la resection totale du calcanéum.*

e. LUXATION DE L'APPENDICE XIPHOÏDE (grossesse). — *Essai de réduction; si on échoue, expectation.* — M. Polaillon a lu à la Société de chirurgie et à la Société de médecine de Paris un exemple de cette nature (traumatique), chez une femme grosse, dans lequel la pression exercée par le busc du corset ayant refoulé peu à peu le cartilage avait préparé le déplacement de l'appendice xiphoïde qui s'était accompli sous l'influence d'un mouvement plus brusque que d'ordinaire. Dans ce cas, la base de l'appendice avait abandonné

(1) Polaillon, *article* CALCANÉUM, *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, 1870.

l'extrémité inférieure du sternum et s'était portée en arrière, tandis que la pointe dirigée en avant formait dans la peau un soulèvement, une saillie d'à peu près un demi-centimètre. En refoulant la peau, on arrivait facilement à saisir ce petit corps saillant (d'un centimètre et demi environ) et à lui imprimer des mouvements assez étendus dans le sens vertical : on pouvait même le faire basculer en avant et le coucher sur la face antérieure du sternum, mais sans arriver à le faire basculer en arrière. M. Polaillon chercha à plusieurs reprises à réduire cette luxation, mais ayant échoué et ayant occasionné d'assez vives douleurs, il n'insista pas et n'eut pas recours (je crois avec raison) à cet expédient que Billard (cité par Malgaigne dans les deux cas de ce genre) employa chez un matelot et qui consista à faire au côté droit de l'appendice xiphoïde une incision *pénétrant dans le péritoine* et à glisser sous le cartilage un crochet plat et mousse à l'aide duquel il le ramena à sa direction naturelle. Dans l'autre observation de Malgaigne, le chirurgien n'eut qu'à saisir le cartilage entre deux doigts et à le ramener à sa place : la réduction s'opéra avec une sorte de petit craquement.

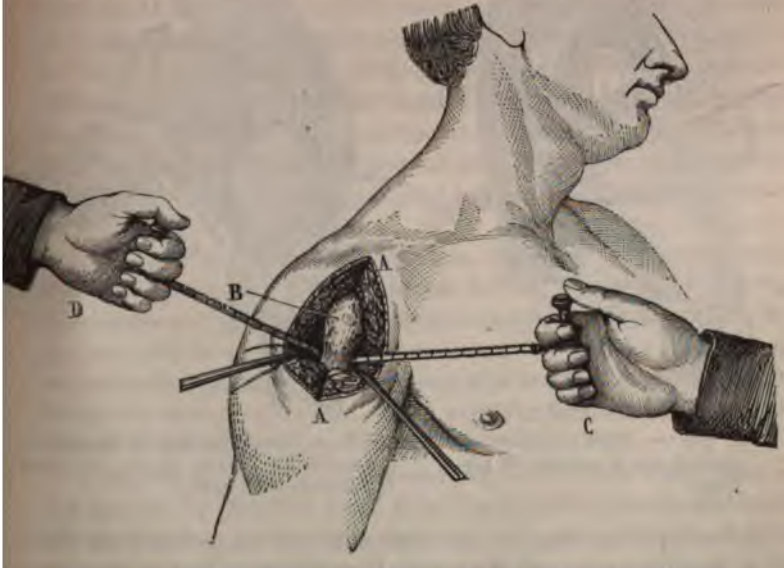


Fig. 507. — *Resection de la tête de l'humérus.*

A, incision écartée par deux crochets; B, tête de l'humérus; C'D, mains de l'opérateur sciant l'os (Chassaignac, *Opérations chirurgicales*).

f. RESECTION DE LA TÊTE HUMÉRALE. — *Procédé de Langenbeck et*

de Malgaigne. — Ce chirurgien emploie le procédé par *incision verticale en avant*, qui met bien mieux l'articulation à découvert que l'incision en arrière; — longueur variable: il détache la tête humérale de la capsule et des muscles qui s'y attachent en ménageant, s'il le peut, le tendon du biceps, désarticule en plaçant le couteau perpendiculairement au ligament capsulaire, passe ce dernier en dedans (fig. 507), protége les parties molles avec une attelle, et scie l'extrémité osseuse avec la scie à chaîne. La scie à chaîne montée sur une arbre de Mathieu peut rendre de grands services.

g. DÉSARTICULATION DE L'ÉPAULE. — *Procédé de Larrey.* — Le procédé de Lisfranc (lambeau postéro-externe, taillé par transfixion, désarticulation, puis taille du lambeau antéro-interne) est certainement plus rapide (fig. 508), mais il donne une surface cruentée

Fig. 508. — *Désarticulation de l'épaule par le procédé de Lisfranc.*

Fig. 509. — *Désarticulation de l'épaule par le procédé de Larrey (figure empruntée à Sédillot, méd. opér.).*

beaucoup trop étendue : ce n'est donc pas un procédé de choix. M. Polaillon préfère de beaucoup la méthode en raquette de Larrey en se rapprochant (fig. 509) un peu plus de la partie antérieure de l'épaule — pas de réunion par première intention, pas de suture; — pansement avec la charpie imbibée d'eau et d'alcool phénique.

2° AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITAUX (HOMME ET FEMME) OBSTÉTRIQUE.

a. ÉPITHÉLIOMA DE LA VERGE. — *Amputation par les caustiques.* — Chez les malades âgés et très-affaiblis et pour lesquels une perte de sang, même minime, serait préjudiciable, M. Polaillon, afin d'éviter toute hémorrhagie, préfère appliquer le procédé suivant : il commence par introduire une sonde dans l'urèthre, puis il applique circulairement à la réunion de la partie malade et des parties saines et empiétant sur ces dernières, *une traînée de pâte de Vienne* et par-dessus une *bande de pâte de chlorure de zinc* fraîchement préparée. Au bout du premier jour, chez un malade operé par lui à la Pitié, 1870, toute la paroi du canal de l'urèthre fut cautérisée, mais la section des corps caverneux exigea quatre jours ; à la chute de l'eschare, il restait assez de verge pour diriger le jet de l'urine et on put retirer la sonde.

b. CANCER ULCÉRÉ DE L'UTÉRUS. — *Chlorure de zinc en flèches.* — M. Polaillon traite généralement les *ulcérations cancéreuses* du col et de la cavité de la matrice par des cautérisations profondes et répétées avec des flèches au chlorure de zinc (voy. service Demarquay). Ce traitement est quelquefois curatif lorsque la maladie est prise au début et que la cautérisation, hardiment faite, peut dépasser les limites du mal. Mais, dans tous les cas, il contribue singulièrement à faire cesser les hémorrhagies et les écoulements sanieux et fétides qui sont un tourment incessant pour les femmes affectées de cancer de l'utérus.

A moins d'une indication spéciale, il préfère de beaucoup ce mode de destruction à l'amputation du col, soit avec la ligature extemporanée, soit par l'anse galvano-caustique, car il permet d'aller atteindre le mal bien plus haut que ces derniers moyens. La cautérisation est d'ailleurs beaucoup plus exempte de dangers que toutes les autres opérations faites avec l'instrument tranchant ou même l'anse galvanique.

c. KYSTES DE L'OVAIRE. — *Ovariotomie, occlusion par le collodion.* — La manière de procéder de M. Polaillon ne diffère pas sensiblement de celle que nous avons déjà exposée (1). Il emploie les fils d'argent pour la suture profonde et les épingles à tête de verre pour la suture superficielle. Un long fil de chanvre est croisé sur ces épingles de façon à rapprocher exactement les lèvres de la plaie. S'il y a de

(1) Voy. *Hôpital Saint-Louis.*

l'épiploon, il est lié en un ou plutôt en plusieurs paquets et fixé entre les points de suture ; — quant au pédicule, il est maintenu au niveau de la paroi abdominale par deux tiges métalliques qui l'embrochent et logé entre l'extrémité inférieure de l'incision et le point le plus inférieur de la suture. Il panse enfin *par occlusion* : pour cela, deux bandes de tarlatane sont glissées sous les extrémités des épingles (à droite et à gauche) ; une couche de collodion élastique est étendue par-dessus la suture et une nouvelle bande de tarlatane est appliquée sur cette couche de collodion. Puis, ce dernier n'étant pas encore desséché, une épaisse pièce d'ouate est collée sur le tout. Il obtient ainsi un pansement par occlusion qu'il laisse plusieurs jours en place ; une large bande de flanelle est modérément serrée autour de l'abdomen.

Les jours suivants, il lui est possible de retirer les fils et les épingles de la suture, tout en laissant cette couche de collodion adhérente à la peau et formant sur la paroi abdominale comme une véritable plaque protectrice.

d. ACCOUCHEMENT. — *Emploi de l'hydrate de chloral comme sédatif des douleurs.* — On a déjà annoncé à plusieurs reprises que l'hydrate de chloral était capable de modifier d'une façon heureuse les douleurs de l'accouchement et de rendre l'enfantement presque indolore. M. Polaillon a essayé ce moyen dans un certain nombre d'accouchements et a communiqué en 1876 le résultat de ses recherches à la Société de médecine de Paris.

Il a administré le chloral en petits lavements, dissous ordinairement dans l'eau, quelquefois dans du lait, à la dose de 2 à 3 grammes pour 60 grammes de véhicule. Selon la sédation produite, selon que le lavement était gardé ou en partie rejeté, on donnait un second lavement au bout d'une demi-heure ou d'une heure et quelquefois un troisième lavement.

La quantité de chloral ainsi administré a été :

de 2	grammes.....	dans 3	cas
— 4	—	— 7	—
— 5	—	— 3	—
— 6	—	— 2	—
— 7	—	— 1	—
— 8	—	— 2	—

Mais la quantité réellement absorbée n'a pas excédé en moyenne 4 ou 5 grammes, en raison du rejet d'une partie des lavements.

Dans tous les cas, le médicament a été donné pendant les dernières heures de la période de dilatation ou pendant la période d'expulsion. Il est habituellement bien supporté. Chez quelques femmes, les contractions deviennent manifestement moins douloureuses, sans diminuer de fréquence ni d'énergie, et le travail se termine a peu près dans le délai ordinaire. Mais il y a des femmes chez lesquelles le chloral fait cesser les douleurs et en même temps arrête les contractions utérines, de telle sorte que la partie fœtale reste dans l'excavation ou à la vulve sans pouvoir se dégager. — Sur 18 cas d'administration du chloral, 5 fois on a été obligé de terminer l'accouchement par une application de forceps.

M. Polaillon pense, d'après ses propres observations, que les femmes chez lesquelles le travail est ainsi ralenti et arrêté par le chloral sont en nombre plus grand que celles chez lesquelles le travail suit son cours avec un amoindrissement plus ou moins marqué de douleurs. Il en résulte que si le chloral est un sédatif des douleurs utérines, c'est à la condition d'agir en même temps sur la fibre musculaire dont la contraction est d'abord ralentie, puis arrêtée. D'après l'opinion de ce chirurgien, on peut faire usage du chloral dans les cas où il s'agit de modérer l'excitabilité excessive du muscle utérin ou de calmer des douleurs produites par des contractions trop énergiques, mais on doit en rejeter l'emploi dans les accouchements normaux.

e. RÉTRÉCISSEMENT DU BASSIN. — *Crâniotomie, céphalotripsie.* — Pour perforer la tête de l'enfant, M. Polaillon n'emploie ni les ciseaux de Smellie (fig. 510), ni ceux de Nægelé (fig. 511), mais bien le perfora-

Fig. 510. — *Ciseaux de Smellie avec leur gaine protectrice.*

teur de M. Blot (fig. 512) qui a la forme d'un fer de lance et dont on écarte les deux lames en pressant sur une bascule, D. La figure 513 montre ce premier temps de l'opération pratiquée seulement avec l'instrument de Nægelé. L'instrument de Guyon (trépan), déjà

décrit, lui paraît aussi très-commode. — Il conseille alors d'attendre

Fig. 511. — *Ciseaux de Nægelé.*

quelque temps, les contractions utérines pouvant à elles seules

Fig. 512. — *Perforateur de Blot.*

achever l'accouchement; si elles sont insuffisantes, comme cela

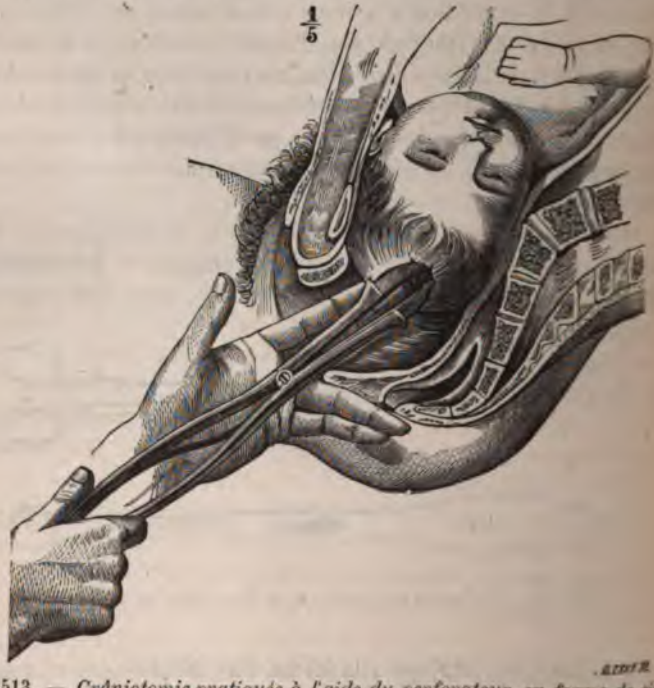


Fig. 513. — *Crâniotomie pratiquée à l'aide du perforateur en forme de ciseaux (Nægelé et Greuset).*

arrive presque toujours, il pratique la céphalotripsie et broie la tête

avec le céphalotribe de Blot (fig. 514) soit avec celui de M. Depaul . 515). Le premier a des branches qui se rapprochent par une

514. — *Céphalotribe de Blot.*

Fig. 515. — *Céphalotribe de Depaul.*

a, Chef à pignon s'engrenant avec la chaîne; *b*, *c*, *d*, supports entre lesquels passe la chaîne *e*, articulation des branches; *f*, cuillers.

fixée à une extrémité, s'engageant dans l'autre et munie d'un ou rapprochant ces branches à volonté.

3° AFFECTIONS DES ENFANTS.

. SPINA-BIFIDA. — *Ligature élastique.* — D'une façon générale, Polaillon est peu partisan de l'intervention chirurgicale en pa-

reil cas et il pense qu'il est plus prudent d'attendre, avant d'agir, surtout lorsqu'on a affaire à des tumeurs recouvertes d'une membrane mince qui semble n'être que la continuation des enveloppes de la moelle. Cette membrane en effet se cutise au bout d'un certain temps et la guérison peut très-bien survenir. Plus tard, si la tumeur n'a pas disparu, mais qu'elle n'augmente pas de volume, on doit encore s'abstenir. — Mais si la tumeur s'accroît, si elle est située à la région cervicale ou si elle est très-gênante pour le malade, la question opératoire peut être agitée. — C'est ce qu'il a pensé dans un cas, communiqué par lui à la Société de chirurgie (1875), et dans lequel il employa la *ligature élastique* pour un spina-bifida pédiculé de la nuque ne communiquant que par une très-petite ouverture avec le rachis : les douleurs et les accidents nerveux le forcèrent à enlever rapidement cette ligature pour les conjurer; toutefois si l'ouverture de communication est large, il croit qu'il est dangereux de recourir à l'emploi de l'injection iodée et qu'il vaut encore mieux, malgré le peu de chance de succès qu'elle présente, s'adresser à la ligature élastique; mais si la tumeur n'a plus aucune communication avec le canal rachidien ou si l'orifice est très-étroit, on peut faire une injection iodée. — Il est néanmoins à peu près impossible de s'assurer si la poche contient ou non du tissu nerveux; mais, alors même qu'on le saurait, M. Polaillon pense que ce ne serait pas une raison pour s'abstenir, car ces nerfs ne sortent pas de la tumeur et il n'y a aucun inconvénient à les détruire.

b. IMPERFORATION DE L'ANUS. — *Entérotomie périnéale. — Incision du coccyx. — Opération variant selon le cas.* — 1° S'il n'existe pas de trace d'anus ou si le vestige est très-peu marqué, avoir recours le plus promptement possible à l'entérotomie périnéale, de préférence aux opérations de Littre ou de Callisen. Incision, recherche de l'ampoule, traction de cette ampoule, suture du rectum à la plaie périnéale, incision de l'ampoule, dilatation consécutive pour éviter le rétrécissement. — Au lieu de pratiquer la resection du coccyx (1), M. Polaillon pense que l'incision ou plutôt la division médiane du petit os, faite avec des ciseaux, est suffisante pour donner assez d'espace aux recherches de l'ampoule rectale. Cependant quand cette ampoule remonte assez haut, nous pensons que la resection du coccyx doit être préférable pour se donner du jour.

Une difficulté inhérente à cette opération et non signalée par les auteurs est le défaut de saillie de cette ampoule, comme M. Po-

(1) Voy. service du professeur Verneuil.

Paillon l'a rencontré chez un nouveau-né. Après de longues recherches, il introduisit un stylet dans l'urèthre et en fit saillir la pointe vers le périnée. L'issue immédiate des gaz montra qu'on était tombé juste, et trente à quarante boulettes arrondies de méconium solide, ressemblant aux crottes de lapin, furent expulsées. L'opéré succomba le lendemain à une imperforation concomitante de l'œsophage.

Si, par le cul-de-sac anal, on peut arriver sur un second cul-de-sac rectal adossé au précédent, ne point faire d'incision, explorer avec une sonde canule qui peut servir de guide pour l'introduction d'un trocart. Ponctionner la poche, agrandir l'ouverture avec un bistouri boutonné, ne pas attirer l'ampoule et dilater ultérieurement. — L'emploi du trocart ne doit se faire que si on est sûr qu'on est bien sur l'ampoule rectale, ce dont il nous paraît bien difficile de s'assurer.

4° PLAIES. — SUTURES DES TENDONS. — CHÉLOIDE.

a. PANSEMENT DES PLAIES. — *Antiseptiques. — Injection, chlorure de zinc.* — Partisan des antiseptiques, M. Polaillon s'est servi pendant la guerre de 1870 d'une solution aqueuse au 1/50 de chlorure de zinc, additionnée de 1/20 d'alcool, pour imbiber la charpie qui servait à recouvrir les plaies. — Il se sert actuellement dans son service d'accouchements de la Maternité-Cochin de cette même solution administrée en injections vaginales, ce qui lui a permis dans un grand nombre de cas d'éviter la septicémie puerpérale.

b. CHÉLOÏDE. — *Compression ouatée.* — Comme M. Trélat (1), M. Polaillon rejette l'ablation avec l'instrument tranchant, en raison des récidives presque inévitables du mal : *s'abstenir* complétement ou bien faire une *compression* méthodique, telle est la meilleure conduite à tenir dans les chéloïdes. — Dans une tumeur de cette nature développée sur la cicatrice d'un coup de sabre, à la partie moyenne et antérieure du tibia gauche, M. Polaillon, trouvant que la région se prêtait aisément à ce moyen de traitement, appliqua un bandage ouaté compressif et guérit son malade.

c. PLAIES DES TENDONS. — *Sutures métalliques.* — M. Polaillon croit qu'il convient de suturer les tendons (2) toutes les fois que leur rapprochement immédiat ne peut se faire par une position

(1) Voy. le service du professeur V. Trélat.
(2) Polaillon, *Soc. de méd. de Paris*, 1873.

convenable. Chez un homme de 23 ans qui présentait une plaie transversale-dorsale de la main, il y avait section des tendons extenseurs de l'index, du médius et de l'annulaire. Il fit la suture métallique et, malgré un phlegmon suppuré de l'avant-bras qui ne se termina pas par exfoliation, le malade sortit trois mois et demi après en étendant à volonté les doigts.

Voici comment il agit : les bouts supérieurs s'étant rétractés, il incisa, pour les rapprocher, de bas en haut la peau et le ligament annulaire dorsal du carpe, dans l'étendue de 3 centimètres : — arrivement, sutures avec fils d'argent ; l'un des chefs fut coupé au-dessus de la torsion et l'autre amené au dehors. Il insiste sur l'application d'*un épais bandage ouaté*.

d. PLAIE DU COU (transversale). — *S'abstenir de suture, flexion forcée de la tête sur la poitrine.* — Dans les plaies cervicales superficielles ou profondes, le mieux est de ne pas pratiquer de suture ou tout au moins de suture complète : l'indication est de combattre les accidents primitifs, puis consécutifs, et de mettre la tête dans une posi-

Fig. 516. — *Bandage du cou pour flexion forcée de la tête.*

tion telle que les lèvres de la plaie soient naturellement le plus rapprochées possible, à l'aide du mouchoir en cravate passant sur le sommet de la tête et la forçant de rester fléchie (fig. 516).

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

M. DE SAINT-GERMAIN (1)

1° AFFECTIONS OCULAIRES.

a. OPHTHALMIE PURULENTE. — *Lavages continus. — Crayon de Desmarres.* — M. de Saint-Germain insiste sur les irrigations répétées un grand nombre de fois dans la journée en ayant la précaution d'écarter les paupières à l'aide d'élévateurs : elles devront être faites avec le plus grand soin, de façon à éviter de mouiller les enfants si sujets aux bronchites : deux éponges placées sous les yeux au moment de chaque irrigation empêchent le liquide de couler sur le corps et évitent tout refroidissement. Ces irrigations peuvent être pratiquées de trois façons :

Ou bien par le *procédé de Chassaignac* (entonnoir se terminant par un bec fin muni d'un robinet et laissant couler l'eau à volonté), toile cirée pour éviter de trop mouiller le malade ;

Ou bien par le *procédé de Desmarres* (canule à double jet en Y s'adaptant a un irrigateur quelconque) ;

Ou bien à l'aide de l'*irrigateur de Margouillès* (de Londres) (fig. 517), composé d'une poire en caoutchouc à laquelle s'adapte un tuyau bifurqué supportant deux coquilles ou œillères, C,C. Le liquide revient par le conduit.

Il emploie également, à l'exemple de M. Guéniot, le crayon de Desmarres (composé de nitrate de potasse et de nitrate d'argent à parties égales), qui a le grand avantage de ne porter sa cautérisation que sur le point touché sans fuser au delà : il ne pratique cette cautérisation qu'une seule fois par jour sur la face interne des paupières, ou tout au plus deux fois si l'inflammation est portée à son summum d'intensité. — Cette cautérisation est immédiatement

(1) 1865, chirurgien du Bureau central. — 1867, hôpital Cochin, chirurgien adjoint de la Maternité. — 1872, hôpital Saint-Antoine et Enfants-Malades.

suivie d'une injection d'eau tiède. — Éviter, surtout si la cornée est déjà altérée et ramollie, de la toucher avec le crayon. — A cause

Fig. 517. — *Appareil de Margouillès pour irrigations oculaires.*

C, C, deux coquilles ou œillères; A, A, robinets du récipient; BD, conduit pour l'échappement de l'eau.

Fig. 518. — *Cathétérisme par le point lacrymal inférieur incisé* (Galezowski).

de l'indocilité de ces petits malades il faut au moins deux aides pour les maintenir, car, pour avoir chance d'efficacité, ce traitement doit être fait d'une façon complète.

b. CATARACTE SILIQUEUSE. — *Extraction linéaire.* Deux temps. — 1er temps : fixation de l'œil avec la pique de Pamard ; — introduction du couteau lancéolaire dans la chambre antérieure par le côté temporal de la cornée; il retire le couteau brusquement. 2e temps : il va saisir la cataracte avec la petite pince courbe à crochet ou avec la pince à trois branches, l'ébranle légèrement pour en rompre les adhérences et l'extrait par la petite plaie cornéenne.

c. TUMEUR ET FISTULE DU SAC LACRYMAL. — *Dilatation.* — M. de Saint-Germain applique souvent la dilatation par les voies naturelles à l'aide du procédé de Méjean, modifié par Bowman. — Il incise d'abord le conduit lacrymal inférieur en introduisant par le point

correspondant l'extrémité boutonnée d'une des branches des ci-aux employés à cet effet; puis il dilate le canal en se servant des ndes en argent flexible de Bowman : il laisse la sonde en place g. 518) pendant trois ou quatre minutes et a soin de commencer dilatation par le numéro le moins élevé, c'est-à-dire celui dont volume ne dépasse pas la grosseur d'un crin assez fort.

2° AFFECTIONS OSSEUSES ET ARTICULAIRES.

a. COXALGIE. — *Immobilisation. — Cautérisation. — Appareil spécial.* — Pour obtenir l'immobilisation de la jointure, l'appareil de Bonnet est très-bon ; mais chez les enfants il n'est guère applicable cause des difficultés qu'il y a à maintenir les malades dans un état e propreté suffisante. M. de Saint-Germain préfère l'appareil suivant : il applique tout le long de la face externe du membre malade une grande attelle dépassant la hanche en haut et descendant plus bas que le pied correspondant : de la ouate matelassant toutes es parties du corps, il fixe cette attelle au bassin, d'une part, par plusieurs tours de bande silicatée, et à toute la longueur du membre, d'autre part, également par une bande de même nature. Cet appareil est d'une extrême simplicité; il a le grand avantage le revenir bien moins cher que la gouttière de Bonnet et se confectionne avec facilité. On laisse les malades environ deux mois et demi trois mois dans l'immobilité absolue et on ne néglige pas en même emps le traitement général.

S'il existe des abcès ossifluents, il attend un peu pour en revenir l'immobilisation : avec un cautère pointu chauffé au rouge il pratique une ou deux ponctions profondes, perforant même le grand rochanter, et qui, tout en modifiant le foyer de suppuration, donnent lieu à des trajets fistuleux par où le pus s'écoule librement : ce n'est que lorsque ces accidents inflammatoires et de suppuration se sont calmés qu'il pense à immobiliser la jointure.

L'appareil de Mathieu, dont il s'est souvent servi, est destiné (fig. 519) à supporter le poids du corps pendant la station et par suite à épargner aux surfaces articulaires des pressions douloureuses à l'aide de deux tuteurs à béquilles F,F qui donnent un point d'appui aux aisselles et soutiennent le tronc.

Dans la séance du 24 janvier 1877, M. de Saint-Germain a mis sous les yeux de la Société de chirurgie un appareil qui a été construit sur ses indications par M. Monlon et qui a pour objet de permettre aux enfants atteints de coxalgie de marcher et de porter les membres

malades dans la flexion, l'abduction, la rotation en dehors, quand ils sont arrivés à cette période de la maladie où le séjour dans l

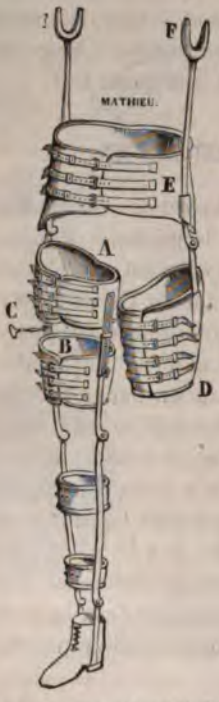


Fig. 519. — *Appareil mécanique contentif de Mathieu, pour le traitement de la coxalgie.*

A, Cuissard embrassant le membre malade ; B, double coulisse à crémaillère que l'on peut faire glisser l'une sur l'autre. Au moyen de la clef C. D, cuissard embrassant le membre sain ; E, ceinture pour maintenir les hanches et le bassin ; F, F, tuteurs à béquilles articulés de chaque côté au niveau de la ceinture, avec des montants fémoraux.

Fig. 520. — *Appareil de J. Guérin pour la thoracocentèse.*

gouttière de Bonnet ou dans les appareils inamovibles n'est plus nécessaire.

Il se compose d'une ceinture pelvienne sur laquelle s'adaptent, au niveau du grand trochanter, trois roues à engrenage.

La première a pour objet de porter le membre inférieur de l'adduction dans l'abduction.

La seconde est destinée à obtenir la rotation en dehors et à co

er la position en sens contraire, à savoir la rotation en dedans. La troisième fait obtenir l'extension graduelle de la cuisse sur le ssin. Enfin un verrou permet de mobiliser ou d'immobiliser l'ar- ulation coxo-fémorale, en même temps qu'une crémaillère ne la facilité d'allonger le membre à volonté.

b. ABCÈS PAR CONGESTION. — *Appareil de J. Guérin.* — *Appareil Teulafoy.* — Avant l'emploi, si fréquent aujourd'hui, de la se- gue aspiratrice M. de Saint-Germain faisait usage de l'appareil érin pour vider les abcès par congestion qui menacent de s'ou- r tout seuls. Cet appareil simple, commode et sûr (fig. 520), se mpose d'un trocart plat (Gaujot et Spillmann) : a pointe de la mme A est assez effilée pour traverser la peau les muscles : la canule légèrement courbe, ès de son bec, est percée en ce point d'un and nombre de trous pour permettre le pas- ge du liquide. La canule est munie d'un ro- inet C, et d'une rondelle D, sur laquelle se fixe ne pompe munie d'un robinet à double effet système Charrière) (fig. 521) afin de permettre lternativement le double effet de l'aspiration t de l'évacuation. — Il emploie surtout au- ourd'hui la seringue aspiratrice, qui est moins ompliquée.

Fig. 521. — *Robinet à double effet de Charrière.*

c. TUMEUR BLANCHE FONGUEUSE DU GENOU. — *Immobilisation.* — *Redressement progressif.* — *Cautérisations ponctuées.* — C'est à la *compression ouatée* et aux *cautérisations ponctuées* fréquemment répétées, que M. de Saint-Germain donne la préférence. Il n'emploie plus l'*ignipuncture* depuis que cette méthode a donné lieu, dans un cas, à une hémorrhagie rebelle ; il redresse aussi le genou, quand la déviation est trop forte, par l'extension graduelle.

1° Il immobilise d'abord la jointure en exerçant la compression ouatée après avoir couvert la périphérie du genou de pointes de feu. Lorsque l'élément douleur a perdu de son intensité et que les phénomènes inflammatoires sont atténués, il pratique, 2° le redressement progressif de la manière suivante : le genou est laissé libre, autour de la partie inférieure de la jambe est disposée une guêtre en plâtre d'où partent deux bandes qui, mises en communication avec un système simple de deux poulies disposées à différentes hauteurs, exercent une traction continue grâce à un sac rempli de sable et de graviers suspendu à l'extrémité de la corde qui passe autour des deux poulies. Une fois que le redressement est bien avancé, au

bout de quelques semaines, on chloroformise le petit malade et, achevant le redressement par des pressions médiocrement énergiques, on le place à nouveau dans un appareil inamovible et compressif.

Fig. 522. — *Pied-bot (varus équin).*

d. PIED-BOT. — *Ténotomie.* — *Redressement mécanique à angle droit.* — Pied-bot varus-équin (fig. 522). — M. de Saint-Germain opère les enfants dès l'âge d'un an ; il pratique la ténotomie du tendon d'Achille en un seul temps et d'arrière en avant (fig. 523) ; — la petite plaie est fermée immédiatement par le collodion, le membre est enveloppé avec de l'ouate et ce n'est que plusieurs jours après qu'il applique un petit appareil (composé d'une attelle externe et d'une palette plantaire) destiné à ramener le pied dans l'abduction et dans la flexion à angle droit. — Chez les enfants plus âgés et qui restent tranquilles au

Fig. 523. — *Section du tendon d'Achille.*
Bernard et Huette, *Précis iconographique de médecine opératoire.*

lit, après avoir sectionné le tendon d'Achille, il applique une gouttière postéro-externe dans laquelle repose le membre ; une palette plantaire force le pied de rester à angle droit, surtout avec l'aide

d'une bande de toile attachée, d'une part, à la pointe du pied et, de l'autre, à la partie moyenne de la jambe. Cette bande représente la corde d'un arc représenté par le pied et la jambe.

Il ne croit pas que cette ténotomie soit toujours anodine, il a vu même des plaies suppurer à la suite de thrombus considérables (1). L'opération est bien moins efficace tant que l'enfant ne marche pas ; la progression redresse en effet la déviation du pied : il ne pense pas que les petits malades opérés de très-bonne heure soient plus vite guéris, car la marche vient en aide à la guérison ; les récidives sont plus fréquentes chez les enfants de moins d'un an.

Fig. 524. — *Gouttière de Bonnet pour le redressement des pieds-bots (face interne).*

Fig. 525. — *Appareil de Bonnet pour le redressement des pieds-bots. — Gouttière munie de la chaussette.*

Il emploie également avec avantage (fig. 524 et 525) l'appareil de Bonnet (gouttière de tôle matelassée).

L'appareil de Nélaton (fig. 526) peut rendre aussi de grands services. — Pour le construire, on commence par faire un moulage en plâtre comprenant la jambe et le pied : il se compose, comme pièces principales, d'une guêtre en coutil, fixant le pied sur une sandale, et d'une armature postérieure avec vis que l'on peut serrer à volonté.

e. GENU-VALGUM. — *Méthode de M. Delore.* — *Redressement brusque* — Il essaye d'abord le redressement graduel sans violence de cette saillie en dedans du genou des rachitiques : s'il ne réussit pas, il pratique, à l'exemple de M. Delore, le redressement brusque.

(1) Bouchut, *Traité des maladies des enfants*, 7e édit. Paris, 1878.

Après l'anesthésie, qui est indispensable, il faut coucher le membre par sa face externe sur un plan résistant, et il exerce des pressions énergiques sur le côté interne : le membre est plâtré ensuite et laissé pendant un mois au moins dans un appareil inamovible.

Fig. 526. — *Appareil pour pied-bot construit sur les indications de Nélaton.*

f. FRACTURE DE CUISSE. — *Appareil de Scultet, appareil inamovible, store, appareil en gutta-percha, suivant l'âge du sujet.* — De toutes les fractures qui s'observent chez les enfants, celles de la cuisse sont de beaucoup les plus fréquentes. La fracture du col est rare : c'est principalement la partie moyenne de la cuisse qui est le siége habituel de la solution de continuité, et d'ordinaire elle se brise par un choc direct, par une chute ; car, ici, la contraction musculaire n'est pas assez puissante pour en être la cause déterminante. En général, il n'existe que peu de déplacement, par les deux raisons que le trait de la fracture est plutôt transversal et dentelé qu'oblique, et que la gaîne périostale est conservée en partie ou en totalité : aussi voyons-nous ces fractures se consolider sans aucune déformation, sans raccourcissement, ce qui est, comme on le sait, l'exception dans l'âge adulte.

Au point de vue de la thérapeutique applicable à ces sortes de fractures, M. de Saint-Germain divise les enfants en trois catégories principales :

1° Les demi-adultes, c'est-à-dire les enfants de 10 ans et au-dessus;

2° Ceux de 2 à 10 ans ;

3° Enfin ceux au-dessous de 2 ans.

Dans le premier groupe, M. de Saint-Germain applique le mode de traitement dont il se sert chez l'adulte (appareil de Scultet, appareil plâtré ou silicaté). Il a observé assez souvent, en pareil cas, chez les enfants, ce symptôme ou plutôt cette complication décrite par M. Berger (1), je veux parler de l'hydarthrose du genou qui est parfois bien rebelle aux divers moyens employés.

Dans la seconde catégorie (de 2 à 10 ans). l'emploi du *store* pour le traitement de ces fractures chez les enfants a été en quelque sorte vulgarisé par M. Giraldès (2). C'est du reste un bon moyen, fort commode, économique et très-efficace ; plusieurs compresses longuettes entourant le membre après réduction, on immobilise ce dernier, soit avec deux valves de store, soit avec une longue plaque de même nature qui en fait deux fois le tour : le tout est fixé par une bande silicatée. Toutefois cet appareil est passible de quelques reproches : *si on le serre trop peu*, il se relâche, surtout à cause des mouvements que fait le petit malade, et on finit par le retrouver auprès du pied du lit : le déplacement peut alors se reproduire et le traitement est à recommencer.

Si on le serre trop, il survient des accidents, et la flexion incessante de la jambe (s'il s'agit d'une fracture de cuisse) sur le bord tranchant du store peut déterminer, à la longue, une eschare dans le creux poplité, comme nous en avons vu un cas dans le service de ce chirurgien ; aussi M. de Saint-Germain a-t-il dû modifier un peu l'ensemble de l'appareil. Il commence par l'appliquer tel qu'il vient d'être décrit, puis il enveloppe la jambe et la cuisse par une épaisse couche d'ouate maintenue à l'aide de tours de bande ; il augmente encore l'immobilisation du membre par l'adjonction en dehors de la longue attelle (employée pour la coxalgie), qui longe toute la face externe de la cuisse et remonte au-dessus du bassin : de cette façon, le petit malade, dans l'impossibilité de s'asseoir, ne fléchit ni la jambe ni la cuisse, et reste couché dans l'immobilité la plus absolue.

Dans le troisième groupe, c'est-à-dire chez les très-jeunes enfants, les appareils précédents ne sont guère commodes à appliquer à cause de la grande difficulté qu'il y a à les maintenir dans un état de propreté suffisant : aussi c'est dans ces cas surtout que l'*appareil en gutta-percha* imaginé par M. Guéniot (3) peut rendre de grands services.

(1) E. Berger, *De l'arthrite du genou et de l'épanchement articulaire consécutif aux fractures du fémur*. Thèse inaug. Paris, 1872.

(2) Giraldès, *Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants*. Paris, 1868.

(3) Voyez Service de M. le Dr Guéniot.

Quant aux fractures chez les nouveau-nés, une valve de store ou plutôt une simple *carte à jouer*, ou *carte de visite*, suffit pour maintenir les fragments en place.

g. PSEUDARTHROSE DE LA CUISSE. — *Galvano-cautère. — Électro-puncture.* — M. de Saint-Germain a fait usage avec succès du galvano-cautère et de l'électropuncture. — Dans ce dernier cas il enfonce au centre de la fausse articulation deux aiguilles qu'il fait rougir sur place avec l'une des piles de Gaiffe (fig. 527). Celle qu'il emploie

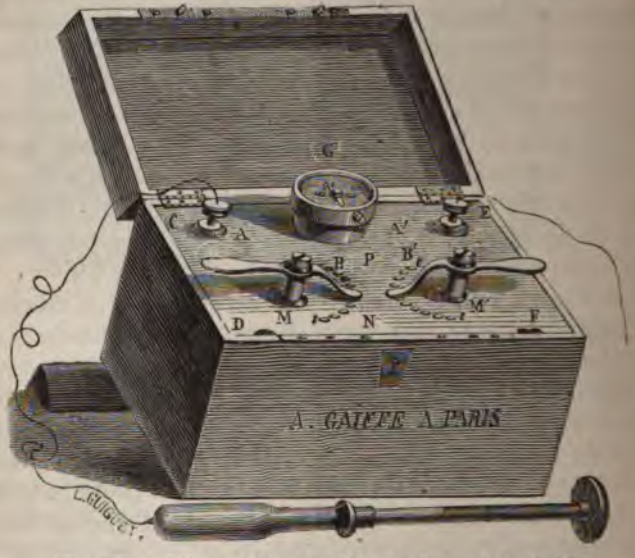


Fig. 527. — *Pile portative au chlorure d'argent de Gaiffe.*

Appareil renfermé dans une boîte dont les dimensions varient suivant le nombre de couples qui le composent. La batterie de 36 couples, qui est représentée fig. 527 a 18 centimètres de largeur, 20 centimètres de longueur et 20 centimètres de hauteur. Un double fond CDEF, qui forme la partie inférieure de la boîte et couvre la pile, sert en même temps de support aux divers organes nécessaires à la manipulation de l'instrument. Ceux-ci sont : A,A', pièces qui livrent le courant et dans lesquelles s'insèrent les cordons conducteurs ; M,M', mamelles qui permettent d'accoupler ensemble, en plus ou moins grand nombre, les éléments de la pile, et de diriger le courant dans le sens voulu ; G, galvanoscope servant à constater le passage du courant.

est le plus grand modèle de *batterie au chlorure d'argent*, qui, malgré son volume, est encore très-portative : cette batterie comprend 20 à 60 couples qui peuvent marcher très-longtemps sans être renouvelés si on a le soin, lorsqu'on ne s'en sert pas, de placer le courant à zéro.

h. HYDARTHROSE DU GENOU. — *Compression ; pointes de feu. — Peu partisan des ponctions aspiratrices.* — Si l'application de la

teinture d'iode, des *vésicatoires* et de la *compression ouatée* fréquemment renouvelée, est insuffisante, il emploie les *pointes de feu* suivies d'une nouvelle compression ouatée. — Il n'a pas grande confiance dans les ponctions articulaires, même aspiratrices, qu'on a faites en quantité dans ces derniers temps, depuis qu'il a été obligé de pratiquer une amputation de cuisse pour une arthrite suppurée, survenue dans son service à la suite d'une de ces ponctions pratiquées dans une hydarthrose. Nous sommes, à cet égard, entièrement de son avis, et nous croyons que semblable thérapeutique ne peut s'appliquer que dans le cas où l'épanchement rebelle a résisté à tous les autres moyens et en particulier à la compression répétée et lorsque l'articulation est le siége d'épaississement des membranes, en un mot d'altérations qui autorisent à faire usage de ce moyen, en désespoir de cause. L'exemple que M. Dubrueil a communiqué, il y a deux ans, à la Société de chirurgie n'est pas de nature, en effet, à accorder à ces sortes de ponctions, une innocuité absolue. — Mieux vaut s'abstenir.

i. DÉVIATION DU RACHIS. — *Gymnastique en employant le poids du corps (méthode de M. Dubreuil-Chambardel, de Marseille).* — *Redressement graduel par inclinaison du tronc.* — Le petit malade est couché dans le décubitus latéral sur les genoux du chirurgien assis; le bassin repose latéralement sur ses genoux, tandis que tout l'avant-train se trouve en dehors laissé à son propre poids et suspendu : cette position est gardée pendant 3 minutes 1/2 pour l'un des côtés, puis le même temps pour l'autre côté. Cette méthode est en voie d'expérimentation, car M. de Saint-Germain n'a pas encore de résultats positifs. M. Dubreuil obtient, dit-il, des redressements complets dans un laps de temps qui varie entre 4 mois et 1 an, 18 mois. Il applique ce mode de traitement aux diverses variétés de déviations rachitiques de la colonnne vertébrale.

Depuis plus d'une année M. de Saint-Germain à continué ce mode de traitement (applicable à la scoliose, à la cyphose et à la lordose), qui a pour principe de maintenir le malade couché en travers et latéralement sur les genoux du chirurgien assis, de sorte que toute la partie du corps du malade située au-dessus du fémur soit abandonnée à elle-même et arrive à être verticale, la tête étant la partie la plus déclive : le petit malade garde cette position pendant trois minutes, puis il est relevé et placé dans une autre position identique et du côté opposé pour rester encore ainsi pendant le même temps.

M. de Saint-Germain ne place pas les malades sur ses genoux;

comme il l'a dit lui-même (1), cette pratique ayant l'inconvénient d'être longue et très-fatigante pour le chirurgien ; de plus elle a le défaut de permettre au sujet de prendre un point d'appui en touchant à terre, par conséquent de détruire tout le bénéfice que l'on peut tirer de la *suspension libre de l'avant-train*. Voici le procédé qu'il a substitué à celui de M. Dubreuil (de Marseille). Il dépose sur un lit ordinaire une série de planches juxtaposées qui représentent un plan résistant recouvert d'un petit matelas ; il place alors les malades en travers de manière que le bassin porte directement à faux sur le bord du lit et que l'avant-train soit perpendiculairement suspendu. Les pieds sont solidement attachés l'un à l'autre au niveau des malléoles : la suspension dure trois minutes, puis on retourne le malade de façon à reporter cette suspension de l'autre côté.

C'est surtout sur les *scolioses* qu'il a expérimenté et qu'il a obtenu de très-bons résultats auxquels n'a cependant pas été étrangère l'application constante d'un corset. Cette méthode est facile et bien supportée par les enfants, mais à la condition qu'on ne l'emploie pas pour les déviations dues au mal de Pott, car, dans ce cas, elle peut produire des désordres considérables : nous en avons été le témoin chez un des premiers malades mis en expérimentation, au commencement de l'année dernière par M. Dubreuil (de Marseille).

3° AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES ET DES FESSES.

a. PLAIE DU SCROTUM. — *S'abstenir de suture.* — *Applications réfrigérantes.* — Dans ces cas on peut se borner à faire à la partie moyenne de la solution de continuité un seul point de suture plutôt pour s'opposer à l'enroulement des bords que pour espérer une réunion immédiate. Suspension des bourses, compresse d'*eau* ou d'*eau alcoolisée* ou de *vin froid alcoolisé :* l'action excitante de l'eau est le plus souvent suffisante pour ramener le testicule à sa place et provoquer la rétraction des parois des bourses. Dans sa première leçon du mois de décembre 1874, ce chirurgien rappelait un cas de cette nature observé par M. Maisonneuve, dans lequel on s'abstint de suture et où un pansement alcoolisé suffit à une prompte guérison.

b. CALCUL VÉSICAL. — *Lithotritie.* — *Taille.* — La lithotritie a été employée avec succès chez l'enfant par ce chirurgien, mais un accident qui vient de se produire chez un petit malade de son ser-

(1) De Saint-Germain, *Bulletin de la Soc. de chir.*, séance du 4 novembre 1874.

vice auquel il pratiquait cette opération, est de nature à le rendre très-réservé dans l'application de cette méthode : lors d'un premier broiement d'un calcul phosphatique, le bec du lithotriteur trop chargé de poussière ne put être retiré qu'en violentant l'urèthre et par conséquent en produisant une déchirure de la muqueuse; il en résulta un phlegmon très-intense de la région pénienne terminé par gangrène partielle et fistule. L'étroitesse du canal est en effet une des raisons qui font, chez l'enfant, préférer la taille à la lithotritie.

c. ÉRYTHÈME DE LA FESSE. — *Nouveau-nés.* — *Bains locaux de sublimé.* — Cet accident, rare chez les enfants bien portants et proprement tenus, est au contraire commun chez ceux qui ne sont pas suffisamment soignés et qui présentent quelques troubles du côté des voies digestives, notamment de la diarrhée verte plus ou moins abondante. Il n'est pas rare non plus de voir cet accident (1) être rebelle aux moyens les plus énergiques. M. Guillot préconisait dans les cas graves les *bains locaux de sublimé :* c'est à eux également que M. de Saint-Germain a recours, quand l'emploi des autres topiques a échoué : baigner les parties malades une fois par jour avec :

Eau distillée.....	1000	grammes.
Bichlorure de mercure.....	1	—
Chlorydrate d'ammoniaque.....	4	—

au bout de 24 heures, modification très-marquée dans l'état des parties malades, la surface rouge pâlit ; au bout de 3 jours, surface parfaitement détergée ; éloigner alors les bains et ne les donner que tous les deux jours — éviter d'aller jusqu'à la saturation mercurielle, qui semblerait s'annoncer chez les enfants par des taches rouges se développant sur l'abdomen : ces taches disparaissent du moment que l'on suspend l'administration des bains.

4° AFFECTIONS DES VOIES DIGESTIVES.

a. CORPS ÉTRANGERS DU TUBE DIGESTIF. — 1° DANS L'ŒSOPHAGE. — *Si on sent le contact du corps dur, panier de de Græfe ; si on ne le sent pas, provoquer les vomissements.* — Il est fréquent de voir les mères amener à l'hôpital, des enfants qu'elles disent avoir avalé une pièce de monnaie, un noyau, etc. M. de Saint-Germain a coutume en pareil cas de ne tenter aucune investigation de l'œsophage avant

(1) *Journal de méd. et de chir. pratiques*, art. 7506.

d'avoir fait avaler à l'enfant un gros morceau de mie de pain; si celui-ci passe, tout est dit; s'il est rejeté, cela indique que le conduit n'est pas perméable et démontre que les contractions faites par l'enfant pour avaler sont douloureuses : aussi est-il nécessaire de pratiquer le cathétérisme œsophagien : il se sert alors d'une de ces baleines terminées par une olive d'ivoire et qui servaient à Trousseau dans le cas d'œsophagisme : c'est la plus petite de la série des olives qu'il choisit tout d'abord et qu'il introduit le plus doucement possible.

S'il perçoit le choc du corps dur arrêté dans l'œsophage, il emploie alors le panier de de Græfe, mais en ayant soin de ne pas forcer s'il rencontre de la résistance.

Cet instrument (fig. 528) consiste en une longue tige de baleine

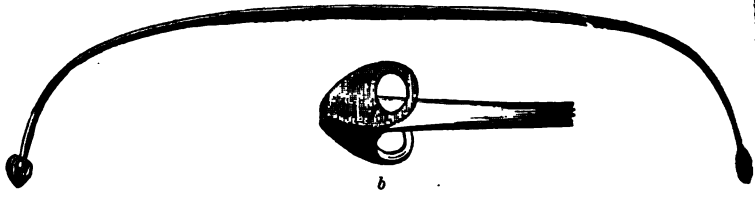


Fig. 531. — *Instrument de de Græfe, modifié par Dupuytren.*

terminée à son extrémité inférieure par deux petites anses métalliques auxquelles Dupuytren a donné la forme d'un petit panier *b* d'autant plus propre à ramener tout ce qu'il rencontre dans l'œsophage qu'il est articulé sur la tige de manière à pouvoir s'incliner en tout sens, l'autre bout de la tige présente une petite éponge.

Relativement au mécanisme suivant lequel on doit manœuvrer cet instrument, nous dirons qu'après lui avoir fait franchir l'obstacle, il faut le ramener vivement en haut de façon à expulser le corps étranger hors de la cavité buccale : c'est une pratique que nous avons entendu préconiser souvent par M. Giraldès et qui est le seul moyen de ne pas s'exposer à voir le corps du délit retomber par son propre poids dans les voies digestives.

Denucé (1) a fait observer que le panier de de Græfe échoue souvent parce qu'il ne fixe pas assez solidement les objets qu'il est destiné à retirer. Pour parer à cet inconvénient, il a imaginé plusieurs systèmes représentés dans l'*Arsenal* de MM. Gaujot et Spillmann : dans l'un d'eux une canule d'étain (fig. 529) DE glisse sur

(1) Denucé, *Mém. et bull. de la Soc. de chir. de Bordeaux*, 1re fascic. 1867.

tige de baleine T et vient appuyer sur le corps étranger quand il a été accroché par le panier P. Dans un deuxième système (fig. 530),

Fig. 529. — *Crochet de de Græfe muni de canule d'étain (Denucé).*

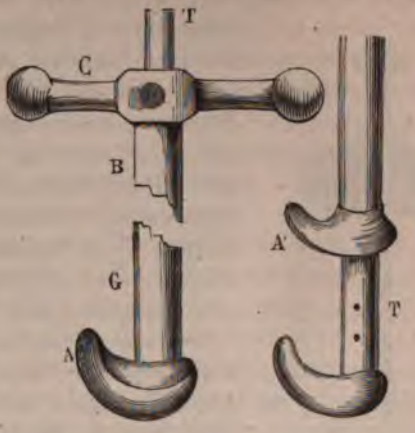


Fig. 530. — *Instrument à crochet pour saisir les corps étrangers (Denucé).*

la tige de baleine T se termine par un crochet en bec de perroquet : sur cette tige glisse une canule d'étain BG terminée également par un demi crochet mousse A' qui s'emboîte dans le crochet A : un support transversal C sert à manœuvrer la tige d'étain : ce dernier instrument est décrit et représenté dans la thèse d'Albert Martin (1). Gross préconise une espèce de petit parapluie en soie (fig. 531) com-

Fig. 531. — *Instrument de S. Gross.*

posé de quatre petites ailes s'étendant ou s'abaissant par un simple mouvement de rotation imprimé à l'instrument. L'espace laissé libre par les ailes peut être recouvert par des soies de sanglier formant un réseau (fig. 532) dans lequel les aiguilles et les corps pointus peuvent s'engager au moment où on retire l'instrument.

M. le Dr Thouvenin (2) a adressé à la Société de chirurgie au

(1) Albert Martin, *Corps étrangers dans l'œsophage*, thèse inaug. 1868
(2) Thouvenin, *Bull. gén. de thérop.*, 15 mars 1877.

mois d'août 1875 une observation de corps étranger de l'œsophage chez un enfant, dans laquelle il indique un moyen fort simple et à la portée de la première infirmière venue : il a eu l'occasion de l'expérimenter à nouveau. Ce moyen consiste à *coucher l'enfant à plat ventre* sur une table en laissant déborder la tête qu'un aide soutient, puis à introduire le doigt dans la bouche pour *déprimer la langue* : aussitôt la pièce de monnaie glisse le long du doigt de l'opérateur et tombe à terre : ce procédé, comme le dit l'auteur, n'est peut-être pas élégant, mais il est expéditif, peu douloureux, sans danger et facile à appliquer.

Fig. 532. — *Instrument de S. Gross recouvert de soies de sanglier.*

Si le cathétérisme ne donne pas la sensation d'un corps dur, il y aurait danger à employer le panier de de Græfe, qui pourrait produire une déchirure de la muqueuse œsophagienne (cette dernière coiffant et enchâtonnant selon toute probabilité le corps étranger). M. de Saint Germain se contente alors de titiller l'œsophage, voire même l'estomac, de façon à provoquer des mouvements de régurgitation et des vomissements qui facilitent l'expulsion du corps étranger.

Le docteur Edmond Le Bele (1) a proposé un moyen qui nous semble très-simple et devoir être également efficace pour extraire certains corps étrangers, os volumineux par exemple, de l'œsophage. — Il prend *une tige de fil de fer* ordinaire de moyenne grosseur, d'une longueur de 50 centimètres environ. — Elle est pliée sur elle-même en son milieu de façon à former une petite anse dont la dimension et la figure se règlent sur celles du corps étranger : les deux brins de fil de fer sont ensuite tordus et tressés l'un sur l'autre : à l'aide d'une petite pointe, on courbe et on redresse l'anse terminale en forme de crochet, puis on donne à la tige entière dans le même sens une courbure en rapport avec celle du conduit bucco-pharyngien, l'extrémité qui doit rester dans la main de l'opérateur est terminée par le renversement en forme d'anse des deux bouts du fil de fer qui sont ensuite assujettis et recouverts par une ficelle afin de fournir par ce renflement un point d'arrêt solide pour une traction plus ou moins énergique. Le crochet est introduit regardant en avant vers l'é-

(1) Le Bèle, *Bull. de la Soc. de méd. de la Sarthe* et *Revue de médico-thér. chir.*, 1er Juillet 1876.

piglotte : on lui fait suivre la paroi postérieure du conduit le long de laquelle il glisse jusqu'à ce qu'il rencontre l'obstacle du corps étranger : alors, en maintenant le dos du crochet terminal bien en contact avec la paroi œsophagienne postérieure, on lui fait souvent, à l'aide d'un coup sec de haut en bas, franchir ce corps sur la face inférieure duquel le sommet du crochet vient s'appliquer : une traction réglée ramène ensuite le corps jusqu'à la base de la langue. Cette tige métallique, ne tenant que peu de place dans la gorge du patient, n'occassionnerait, suivant ce praticien, aucun accès de suffocation comme les autres instruments *ad hoc*.

2° DANS LE TUBE INTESTINAL. — *Temporisation*. — Si le corps étranger a franchi l'orifice cardiaque, M. de Saint-Germain se prononce pour l'expectation. L'enfant présente-t-il quelques coliques, il prescrit un purgatif et c'est tout. Tant que l'on ne constate aucun accident, on doit laisser agir la nature. Du reste, comme en matière de corps introduits dans les voies digestives on a rencontré bien souvent et on rencontrera encore de l'imprévu, on doit se garder de se prononcer contre la possibilité de l'introduction d'un corps étranger, alors même que les troubles sont nuls et que la palpation donne un résultat négatif.

b. CHUTE DU RECTUM. — *Douche ascendante froide après réduction de la muqueuse*. — M. de Saint-Germain a essayé contre la procidence de la muqueuse rectale, chez l'enfant, bien des procédés, mais sans en retirer un bénéfice constant. La méthode par *cautérisations ponctuées* (fer rouge) appliquées sur le pourtour de l'anus, sans aller jusqu'au sphincter, que nous avons vu pratiquer avec succès par Guersent dans ce même hôpital, ne lui a pas donné de bons résultats, aussi y a-t-il renoncé ; d'autre part, il regarde, à juste titre, comme procédés dangereux les *diverses ligatures*, l'*excision* partielle ou totale, l'*incision* en V de Robert, à pointe dirigée en arrière, suivie de perte de substance de la peau, du tissu adipeux et du sphincter.

C'est à la *douche ascendante froide* qu'il donne la préférence. Il commence par réduire la tumeur en la recouvrant d'un linge enduit d'un corps gras et en exerçant des pressions destinées à faire rentrer la partie centrale la première : il fait diriger ensuite, chaque matin, sur l'orifice anal et le périnée une douche ascendante pendant dix minutes : au bout de dix à quinze jours la chute de la muqueuse ne se reproduit plus. M. de Saint-Germain nous a dit, au mois d'avril de l'année 1875, avoir même guéri de cette manière un vieillard de 70 ans. — C'est une manière simple et com-

mode, que l'on peut toujours essayer avant d'avoir recours à des moyens plus radicaux, mais plus dangereux.

5° AFFECTIONS DES DOIGTS.

a. SYNDACTYLIE CONGÉNITALE. — *S'occuper d'abord de la commissure, puis autoplastie par bordure de Didot, Sédillot, Nélaton.* — Ce chirurgien pense qu'il est d'une grande importance d'assurer tout d'abord la commissure interdigitale : il y arrive en faisant passer au travers de la palmature et à la partie la plus reculée, un tube de plomb ou un simple tube à drainage qu'il laisse en place jusqu'à la presqu'entière cicatrisation : ce premier résultat obtenu, il remplace le drain par un fil de fer servant d'écraseur et achève le second temps, c'est-à-dire la séparation des deux doigts : les solutions de continuité effectuées par l'écraseur ne se cicatrisent, comme on le sait, qu'avec lenteur et difficulté, aussi peut-on espérer de cette manière séparer les doigts définitivement, et éviter le retour de la syndactylie.

Cette section de la membrane interdigitale est souvent insuffisante, aussi, après s'être occupé de la commissure, emploie-t-il :

Ou bien la méthode de Zeller ou plutôt de Krimer, qui l'a le premier décrite, et qui consiste à tailler un lambeau dorsal triangulaire (base située au niveau de la tête des métacarpiens, sommet se trouvant entre les deux doigts soudés), à séparer ensuite les deux doigts et à rabattre le lambeau pour achever de matelasser la commissure ;

Ou bien le procédé par bordure qui, imaginé par Didot de Liége, et Sédillot, a été également préconisé par Nélaton : il consiste, au lieu de tailler les deux lambeaux sur le même doigt, de façon à recouvrir l'un d'eux, tandis que l'autre reste complétement dépouillé, il consiste, dis-je, à diviser d'abord les tissus en lambeau rectangulaire adhérent à la face dorsale AB de l'un (fig. 533) des doigts ; puis on décrit ensuite un autre lambeau, de même forme, adhérent à la face palmaire CD de l'autre doigt (fig. 533) ; on sépare ces deux lambeaux tégumentaires et chacun d'eux est rabattu sur la surface cruentée du doigt auquel il adhère, le premier de la face dorsale vers la face palmaire, le second de la face palmaire vers la face dorsale : ils sont maintenus ou fixés par des bandelettes agglutinatives ou par quelques points de suture. Les figures 534 représentent, sur une coupe perpendiculaire des deux doigts, les lambeaux après la dissection et la suture. Le n° 1 montre la coupe

Les deux lambeaux dessinés ; le n° 2 montre celle des deux mêmes lambeaux disséqués; dans le n° 3, les deux lambeaux sont rabattus en sens contraires et suturés.

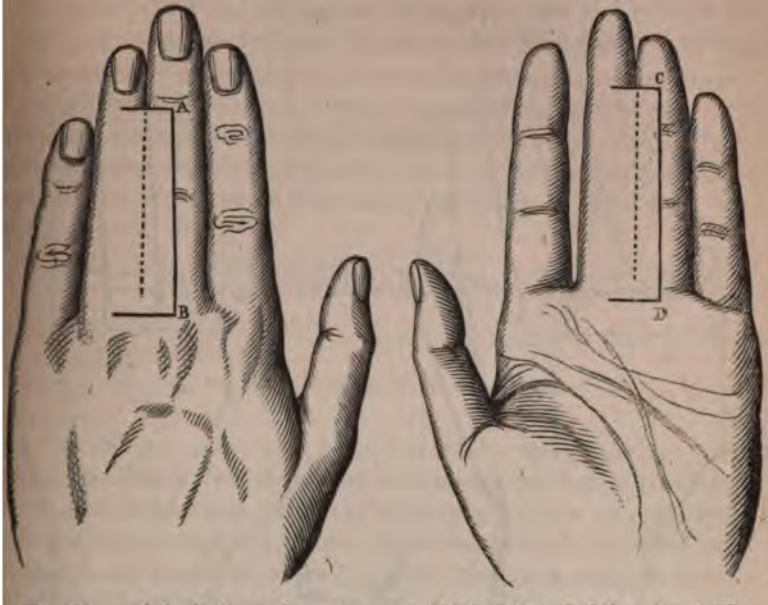


Fig. 533. — *Autoplastie de la main, procédé de Didot, de Liége,* AB *et* CD, *incisions longitudinales.*

Ce procédé me semble bien préférable à celui de Zeller, et je crois, de plus, que, dans cette opération, il est avantageux d'aug-

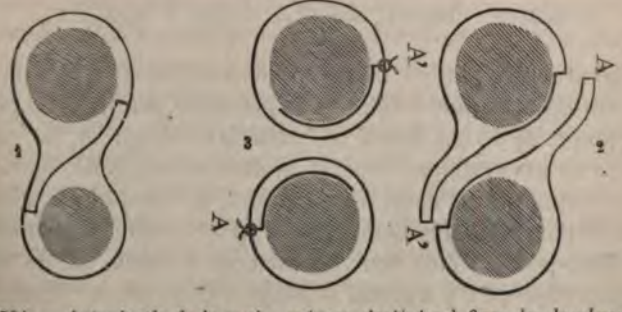


Fig. 534. — *Autoplastie de la main, sutures destinées à fixer les lambeaux de la main. Procédé de Didot (de Liége).*

menter les chances de réussite en se servant de la greffe épidermique pour les points qui restent encore dénudés, comme je l'ai

fait chez un de mes malades qui en a retiré un grand bénéfice.

b. POLYDACTYLIE. — *Emploi de la bande d'Esmarch.* — *Scier la phalange et ne pas la désarticuler.* — Lorsque le pouce supplémentaire ne tient à la main que par les parties molles, son ablation ne présente aucune difficulté; mais s'il contient un squelette, une

Fig. 535. — *Main avec le pouce surnuméraire.*

Fig. 536. — *Pouce surnuméraire après la dissection.*

Fig. 537. — *Main après l'opération.*

L. Gaillard (de Poitiers), *Société de biologie*, 1re série, t. V.

phalange articulée plus ou moins solidement soit à la tête du métacarpien (fig. 535), soit à celle de la première phalange du pouce, il est indiqué de ne pas ouvrir la grande articulation et, par conséquent, de ne pas pratiquer l'opération dans la contiguïté, mais bien dans la continuité du doigt surnuméraire. Le temps qui consiste à scier la phalange est très-délicat, aussi, pour faciliter la manœuvre autant que pour arrêter tout écoulement sanguin, M. de Saint-Germain trouve qu'il y a grand avantage à employer la compression par la bande d'Esmarch. Dans le cas représenté (fig. 535), l'extrémité inférieure du premier métacarpien présentait deux têtes dont l'une située latéralement supportait un pouce surnuméraire pourvu de deux phalanges (fig. 536).

6° AFFECTIONS DE LA GORGE ET DU COU.

a. ABCÈS CHAUD. — *Séton filiforme.* — M. de Saint-Germain met en usage le séton filiforme pour les collections purulentes de petit volume dans les régions du corps, comme le visage et le cou, où il y a grand intérêt à prévenir une cicatrice difforme. La substance employée est un simple cordonnet ou un petit faisceau de fils de soie que l'on passe facilement à travers la poche, à l'aide d'un sty-

Fig. 538. — *Stylets de formes variées.*

let aiguillé (fig. 538), par deux ouvertures pratiquées aux deux pôles de l'abcès. C'est là un moyen excellent, sur lequel M. Bonnafont a attiré tout spécialement l'attention (1); mais pour qu'il soit efficace, le malade devra chaque jour faire mouvoir à chaque pansement les extrémités du séton et presser sur la collection de façon à la vider et à éviter la rétention du pus : si on néglige cette précaution, cette méthode de traitement est tout à fait insuffisante.

b. EXPLORATION DE LA GORGE. — *Abaisse-langue de Gellé et Mariaud.* — Pour explorer le fond de la bouche et l'arrière-gorge et faire à volonté des insufflations de poudre ou des irrigations médicamenteuses, l'instrument de Mariaud et fabriqué suivant les indications de M. Gellé lui paraît très-commode. Il se compose : 1° d'un abaisse-langue double s'articulant à charnière; 2° de deux pivots A, A mis à demeure au centre de chaque valve et pouvant tourner dans tous les sens ; 3° d'un tube métallique B se mouvant librement sur chaque pivot : à l'extrémité C se visse soit une olive trouée, soit un tube, suivant qu'on peut faire des insufflations ou des irrigations.

c. TUMEUR ÉRECTILE. — *Injection de perchlorure de fer.* — Pour les enfants non vaccinés, il emploie le *vaccin* dont il couvre entièrement la tumeur : mais c'est surtout l'*injection de perchlorure de fer* à l'aide de la seringue de Pravaz qu'il met en usage (voyez fig. 93 et

(1) Bonnafont, *Mémoire sur l'emploi du séton filiforme dans le traitement des collections purulentes en général et en particulier du bubon syphilitique* (*Bull. de l'Acad. méd.* et *Revue thérap.-méd.-chir.*, 1856 et 1857).

94, p. 152). Les cas de mort que nous avons rapportés (1) à la suite de ces injections nous rendent très-réservé dans l'emploi de ce moyen,

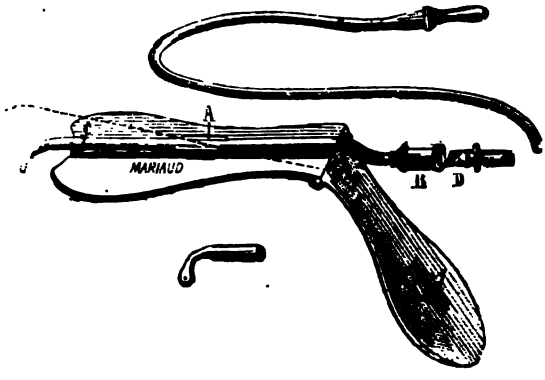


Fig. 539. — *Abaisse-langue de Gellé et Mariaud.*

et nous pensons que la *cautérisation centrale* pratiquée soit avec le galvano-cautère, soit avec de simples aiguilles ou stylet chauffés au rouge, est, sinon plus efficace, du moins beaucoup plus inoffensive; c'est donc ce moyen que nous placerions en première ligne pour les tumeurs érectiles de petite dimension (2).

d. HYPERTROPHIE DES AMYGDALES. — *Amygdalotomie.* — Ayant reconnu qu'il est parfois assez difficile, à l'aide de l'instrument à guillotine de Fahnestock (fig. 540), primitif ou modifié par Mathieu

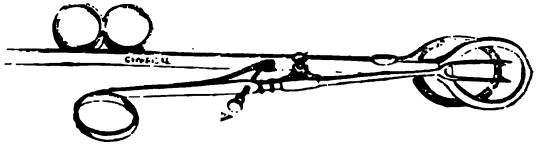


Fig. 540. — *Amygdalotome à fourchette.*

ou Maisonneuve (fig. 540), ou celui d'Aubry (fig. 541), qui se manœuvre d'une seule main, d'attirer l'amygdale de dehors en dedans de façon à bien la dégager entre les piliers, et ayant remarqué d'autre part que cet organe, dans ce mouvement de dégagement, se déchire avec grande facilité, M. de Saint-Germain a

(1) Gillette, *Union médicale*, 1874.
(2) Holmes, *Thérapeutique des maladies chirurgicales des enfants*, traduction de O. Larcher. Paris, 1870.

peu modifié le manuel opératoire de l'ablation des amy-
ales. — Il a fait construire une longue pince mousse dont cha-
ne des extrémités buccales est terminée par un *cadre* triangulaire
usé, à sa face interne, d'une gouttière qui permet à l'instru-

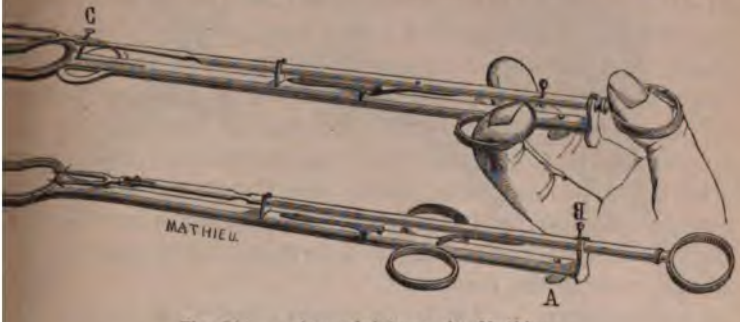


Fig. 541. — *Amygdalotome de Mathieu.*

A, clef au moyen de laquelle on démonte l'instrument; B, vis qui permet de démonter la four-
ette; C, vis qui sert à régler la saillie de la fourchette sur la lunette. Les trois anneaux qui
mplètent l'instrument sont, comme on le voit, destinés à recevoir les doigts qui doivent le faire
actionner.

ent de saisir l'organe d'une façon solide sans qu'il se lacère comme
rsqu'il est attiré avec la pince à griffes ou la double pique de l'a-

Fig. 542. — *Amygdalotome d'Aubry.*

ygdalotome. C'est d'avant en arrière que les deux cadres saisissent
amygdale et l'amènent vers la ligne médiane; le chirurgien alors
sectionne de bas en haut avec un *bistouri courbé sur le plat* ana-
gue au bistouri de Baudens (fig. 543), et dont la courbure doit être

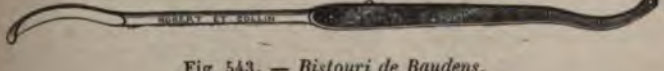


Fig. 543. — *Bistouri de Baudens.*

ifférente pour le côté droit et pour le côté gauche. — Cette pince
le double avantage de bien saisir et de ne pas déchirer l'amygdale;
le a donc son utilité, surtout quand l'organe est enchatonné.

Quant à la rapidité d'exécution, la manœuvre avec ce petit appareil n'est pas beaucoup plus longue qu'avec l'amygdalotome. M. de Saint-Germain a, du reste, la précaution de se servir, chez les enfants qui ne se prêtent pas facilement à l'ouverture de la bouche, du mors que M. Marjolin emploie pour maintenir écartées les mâchoires de ces petits malades chaque fois qu'il a à explorer chez eux la cavité buccale ou à y pratiquer quelque opération. — Il consiste dans un simple morceau de bois, d'une longueur de 20 à 25 centimètres et du volume d'une grosse canne, parfaitement arrondi et cylindrique ; une partie (intrabuccale) est engagée entre les dernières molaires des deux mâchoires, tandis que l'autre (extrabuccale) est tenue en place solidement et horizontalement par la main de l'aide placé derrière l'enfant. — L'usage de ce mors est bien simple et nous semble extrêmement commode.

c. TRACHÉOTOMIE. — *Emploi du cautère actuel.* — M. de Saint-Germain a abandonné son procédé, décrit par nous il y a quatre ans (1) et qui consistait à faire une ponction au centre de la membrane crico-thyroïdienne avec un cautère actuel pointu (chauffé à blanc), et à introduire immédiatement par cette ouverture le dilatateur de Nélaton pour le phimosis, puis la canule; mais il a employé longtemps le cautère actuel et fait toujours l'opération en un seul temps. Une sorte de bistouri boutonné, dont la partie pénétrante est limitée à un centimètre et demi à peine, est chauffée à la lampe; l'extrémité, appliquée perpendiculairement sur la région trachéale, pénètre à la fois les tissus extérieurs et la trachée elle-même; une pression en bas lui permet de diviser toutes ces parties dans le sens vertical. — Le dilatateur est introduit et la canule engagée. — Au moment où il fait la ponction, M. de Saint-Germain fixe solidement la trachée de façon à la tenir entre deux doigts comme il ferait d'un gros noyau : de cette manière il est sûr que le conduit ne se déplacera pas latéralement, ce qui est, on le comprend, d'une importance capitale. Au point de vue hémostatique ce procédé, qui est extrêmement rapide, ne laisse rien à désirer; mais il n'est pas de nature croyons-nous, à pouvoir se généraliser.

M. de Saint-Germain a renoncé encore à ce procédé depuis deux ans et n'emploie plus que le bistouri : il pratique cette opération en *un seul temps*, c'est-à-dire rapidement ; il fixe la partie inférieure du larynx et la trachée avec le pouce et l'index, et, plongeant le bistouri au-dessus du cricoïde (2), il coupe ce cartilage et plusieurs anneaux

(1) Gillette, *Union médicale*, août 1873.
(2) Voyez le paragraphe suivant.

de la trachée ; le reste de l'opération comme à l'ordinaire. Il emploie les canules doubles, dont l'usage s'est du reste généralisé et qui présentent le grand avantage de permettre (fig. 544 et 545) de re-

Fig. 544. — A, *canule externe* ; B, *canule interne*.

Fig. 545. — *Les deux canules réunies.*

tirer la canule interne pour la nettoyer pendant que la canule externe reste en place.

f. LARYNGOTOMIE. — *Emploi du cautère actuel, bistouri chauffé au rouge-blanc* (1). — Dans les conclusions qu'il a formulées à la suite des Leçons cliniques fort originales, faites par lui à l'hôpital des Enfants, *sur la trachéotomie*, au commencement de l'année 1875, M. de Saint-Germain rappelait qu'en deux années de pratique, il a eu 10 guérisons sur 25 opérations. Dans ce nombre, sur 6 cas de l'hôpital, il a seulement eu une guérison, tandis que dans la clientèle il compte 9 malades guéris sur 19 opérés.

Ayant en vue les dangers et les difficultés que présente parfois la trachéotomie pratiquée par la méthode classique, et persuadé surtout qu'il y a grand intérêt à agir rapidement en se guidant sur des points de repère exacts, il a cherché, par le procédé *trachéo-crico-thyroïdien*, à régler chacun des temps de cette opération et *il a cru* en simplifier l'exécution.

N'ayant pas encore essayé cette méthode et n'étant pas, d'autre part, aussi convaincu que ce chirurgien qu'il y a un réel avantage à opérer instantanément, nous nous en tenons à l'ancien procédé et nous ne voulons pas juger celui de M. de Saint-Germain ni en

(1) M. de Saint-Germain ne fait plus usage, en ce cas, du cautère actuel ; il préfère le bistouri (opération en un seul temps). Tout est réglé par lui du reste comme il est dit dans ce paragraphe, sauf ce qui a trait au bistouri chauffé au rouge-blanc dont il ne se sert plus.

bien ni en mal : nous attendrons qu'il ait fait ses preuves et nous nous contenterons simplement de l'exposer tel que l'inventeur en a fait l'application.

Le procédé qui lui paraît le plus simple, le plus sûr, le plus rapide, est la trachéotomie *en un seul temps*, soit à froid, soit *à chaud ;* c'est ce dernier que nous allons décrire.

Ouvrant l'arbre aérien *au niveau de la membrane crico-thyroïdienne*, qui constitue pour lui un point de repère facile à constater, il ponctionne avec un *fer rouge de petit volume*, sur lequel nous reviendrons.

1. *Appareil instrumental.* — Comme la trachéotomie est essentiellement une opération d'urgence, M. de Saint-Germain pense, avec juste raison, que l'on ne doit employer, pour la pratiquer, que les instruments qui garnissent les trousses ; il écarte tous ceux qui sont spéciaux et en particulier le galvano-cautère (1), dont sa méthode, du reste, diffère absolument (2).

Il a vu deux fois opérer par le galvano-cautère (sur un enfant et un adulte), et deux fois il y eut hémorrhagie ; *on dut terminer avec le bistouri ;* de plus, dans l'un des cas, il vit se développer de chaque côté de l'incision une eschare aussi large que deux pièces de 5 francs en argent.

Nous l'avons vu pratiquer également dans deux circonstances sur l'adulte : *la première fois* à la Pitié, chez un homme atteint d'œdème de la glotte ; tout alla bien en commençant, mais le couteau galvanique rencontra une anomalie d'une artère thyroïdienne, il y eut une hémorrhagie qui obligea à terminer promptement l'opération après avoir fait des ligatures : l'hémorrhagie se reproduisit et le malade mourut. *La seconde fois*, à Lariboisière, chez un homme atteint d'un épithélioma ulcéré inopérable de l'arrière-gorge : nous fûmes tous émerveillés du résultat immédiat : M. Tillaux, qui tenait le couteau galvanique, put entrer dans la trachée sans *qu'on ait vu s'échapper une seule goutte*, un *seul globule de sang ;* le surlendemain, et les jours suivants, il se développa tout autour de l'incision une large eschare qui se limita heureusement, et se détacha en laissant une plaie granuleuse. Cette opération put prolonger pendant quelque temps les jours du malade. Ces escharres tiennent évidemment à la chaleur rayonnante de l'instrument ; aussi croyons-nous qu'on pourrait jusqu'à un certain point les

(1) Emm. Bourdon, *De la trachéotomie par le galvano-cautère* (*Arch. gén. méd.* 1873).

(2) L'emploi du thermo-cautère (pour la trachéotomie) chez l'enfant est à peu près rejeté par lui. Il n'en est pas de même quand il s'agit de l'adulte.

éviter, si, au lieu d'agir lentement et d'une manière continue, on sectionnait par saccades, par petites intermittences et rapidement.

Bistouri. — Tout d'abord, ce chirurgien avait fait construire un instrument cautère, constitué par une tige de platine, de 12 millimètres de longueur, à extrémité mousse, rentrant dans un manche d'ivoire d'où on pouvait la faire sortir à volonté : il la chauffait au rouge, et la faisait pénétrer dans le larynx en l'appliquant perpendiculairement sur la membrane crico-thyroïdienne.

L'essai de cet instrument ne fut fait, du reste, par ce chirurgien que sur le cadavre et sur les chiens vivants : il lui a substitué, pour opérer sur le vivant, le *petit bistouri droit mousse à lame tranchante*, qui se trouve toujours dans la boîte à trachéotomie, qui est arrondi au bout comme un couteau de table et dont il garnit le talon, dans une étendue de 1 centimètre et demi environ, d'un ruban de fil mouillé qui permet de manier l'instrument sans se brûler les doigts.

Lampe. — Pour chauffer le bistouri précédent, M. de Saint-Germain se contente d'une *forte lampe à alcool* ou du jet de la flamme d'une de ces *lampes à double courant* dites *éolipyles* qui fournissent rapidement un degré calorifique très-considérable.

Dilatateur. — M. de Saint-Germain le regarde comme indispensable, si indispensable même, qu'il préférerait, dit-il, *faire une trachéotomie sans canule que sans dilatateur*. Nous avons vu cependant M. A. Després pratiquer cette opération sans l'emploi de cet instrument et faire pénétrer avec grande facilité la canule en se guidant sur l'index introduit dans l'incision trachéale. Nous venons de répéter la même manœuvre sur une malade de l'hôpital Saint-Antoine, que nous opérions pour un œdème de la glotte (la malade a guéri) : la recherche de la trachée fut assez longue et pénible, mais, une fois que nous avons eu le conduit à nu sous le doigt, nous avons pu inciser et introduire très-rapidement et avec une facilité extrême la canule sur l'indicateur de la main gauche engagé dans l'angle supérieur de l'incision trachéale, à la façon d'un bouton dans une boutonnière. Nous ne pouvons donc être, sous ce point de vue, aussi absolu que M. de Saint-Germain qui *condamne complétement cette manière de faire.*

Il préfère le dilatateur à deux branches. Il emploie aussi celui de Laborde (fig. 546) qu'il a modifié en allongeant les branches de 2 centimètres au moins et en les amincissant à leur extrémité : il serait assez d'avis d'adapter au dilatateur à deux branches une crémaillère susceptible de limiter leur écartement et permettant de

laisser l'instrument en place en attendant l'introduction de la canule. A défaut, il se contente d'une simple pince à pansement.

Ce chirurgien a l'habitude, quand il ne connaît pas ses aides, de placer son dilatateur dans la poche droite de son gilet, afin de l'avoir à sa portée et de le saisir aussi vite que possible.

Canule garnie. — Canules doubles : celles munies d'une plaque

Fig. 546. — *Dilatateur de Laborde.*

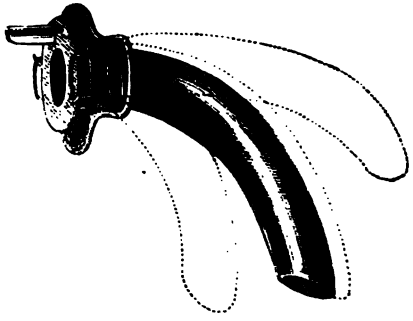


Fig. 547. — *Canule mobile de H. Roger, construite par Lüer.*

A, l'appareil fermé, la branche additionnelle s'applique exactement contre la face inférieure des branches latérales rapprochées; B, l'appareil ouvert; C, la troisième branche cannelée, qui s'abaisse.

percée de deux trous sont préférables : c'est de la canule de M. H. Roger construite par Lüer qu'il se sert habituellement (fig. 547). Le double tube trachéal y est mobile en tout sens et surtout d'avant en arrière sur le pavillon auquel s'insèrent les lacs ; la canule peut donc suivre tous les mouvements d'ascension et de descente de la trachée sans être retenue par ces lacs et il n'y a pas par conséquent de frottement de la muqueuse sur le tube métallique. Il rejette l'emploi de canules qui portent des oreilles pendantes, comme celles qui ont été imaginées par Robert et Collin et par Mathieu (fig. 545 et 549). Il ne fait pas non plus usage de canules portant un

orifice sur leur convexité comme celle de Chassaignac (fig. 550); elles ne lui ont pas fourni de bons résultats.

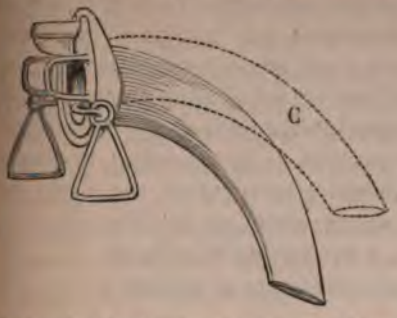


Fig. 548. — *Modification de Robert et Collin.*

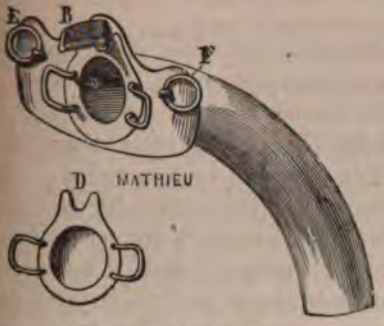


Fig. 549. — *Modification de Mathieu.*

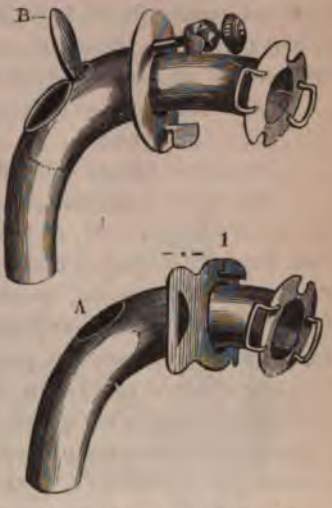


Fig. 550. — *Canule de Chassaignac.*

2. *Disposition des aides.* — Trois ou quatre aides tout au plus. En employant le procédé de M. de Saint-Germain, deux aides seraient suffisants à la rigueur, l'un aux pieds, qui, à genoux ou assis, immobilise en même temps les bras et les jambes, l'autre qui se charge de la tête : car le chirurgien opère seul et n'a pas besoin, comme dans l'autre méthode, d'avoir un aide vis-à-vis de lui pour écarter ou éponger.

3. *Position à donner au malade.* — Il n'opère jamais sur le lit même du malade, qui est trop bas ou trop mou, mais sur un plan résistant, bien maintenu, tel qu'une commode ou une table qu'il fait recouvrir d'un matelas. — La meilleure situation du patient est le décubitus horizontal avec extension de la tête, qui sera disposée sur un coussin ou un traversin dur de la façon suivante : c'est sous la nuque ou plutôt *sous les épaules* que l'on doit le placer ; à défaut de ce coussin, en ville, M. de Saint-Germain en improvise un : il emploie un pro-

cédé sur lequel il a insisté dans ses leçons et qu'il tient de M. Archambault : ainsi, il prend un oreiller roulé en boudin et au centre duquel il met une bouteille, le tout est solidement ficelé et constitue un coussin dur qui répond parfaitement aux besoins du moment.

4. *Eclairage.* — On place le malade en pleine lumière. Si l'on opère pendant la nuit, il conseille de ne pas se contenter en général d'un éclairage unique, quelque intense qu'il soit. — On allume plusieurs lampes et une grande quantité de bougies dont la disposition est combinée de façon à projeter leurs rayons sur le cou du patient : il faut, selon lui, exagérer plutôt cet éclairage que de s'exposer, à un moment donné, à en avoir un insuffisant.

5. *Opération.* — Elle comprend trois temps principaux :

— Fixer le larynx ;

— Plonger le bistouri chauffé au rouge-blanc et inciser ;

— Introduire la canule.

Fixer le larynx. — M. de Saint-Germain n'emploie aucun instrument fixateur spécial, il insiste tout particulièrement sur ce temps de l'opération qui est essentiel, quand on suit son procédé : Voici comment il l'a exposé lui-même (1) : « l'enfant étant tenu immobile, vous prenez vos points de repère et vous marquez avec « l'ongle ou avec un crayon la limite inférieure du cartilage thyroïde, ce signe n'est qu'un jalon : ce n'est pas à ce point précis « que vous enfoncerez peut-être votre bistouri, mais il est précieux en ce sens qu'il vous donne le niveau de votre incision et « vous empêche de faire un écart trop considérable. Ceci fait, vous « saisissez *fortement*, entendez-vous bien, le larynx de l'enfant entre le pouce d'une part, l'index et le médius de la main gauche, « d'autre part ; non pas par un mouvement de pincement et d'écrasement, mais comme si vous vouliez l'énucléer, pour ainsi « dire, le faire saillir en avant en cherchant à faire rejoindre le « bout de vos doigts en arrière de lui. — De cette façon vous amenez le larynx et la trachée au-devant de votre bistouri, et vous « évitez l'aplatissement de la trachée qui aurait lieu infailliblement, « si vous vous borniez à le fixer par une pression directe. — Vous « remarquerez alors, au niveau du point que vous avez tracé, une « dépression transversale, un pli rentrant de la peau que vous avez « ainsi fortement tendue. Ce pli correspond exactement à la membrane crico-thyroïdienne. Essayez cette manœuvre comme je l'ai « faite sur une quantité considérable d'enfants ; et vous verrez com-

(1) De Saint-Germain, *Leçons cliniques sur la Laryngotomie*, recueillies par MM. Chenet et Tapret, internes (*Gaz. hôpit.*, 8 avril 1875).

« bien est précieux ce point de repère. *Voilà donc le lieu d'élection* « *pour votre ponction.* » La fixation du larynx doit être maintenue jusqu'au moment où le dilatateur est introduit.

Plonger le bistouri chauffé à blanc et inciser. — On doit pratiquer l'incision le plus haut possible et regarder cette dépression, correspondant à la membrane crico-thyroïdienne comme la limite la plus élevée. — Alors le bistouri sus-indiqué, chauffé au rouge-blanc, garni de ruban de façon à laisser 1 centimètre un quart de libre ou tenu de manière à ne laisser dépasser que cette longueur de la lame, est plongé *perpendiculairement* au milieu de la *dépression connue.* Le chirurgien sent bientôt une résistance vaincue, ce qui lui indique que l'instrument est arrivé dans la cavité laryngienne, il sectionne alors *non par pression*, mais en *sciant* et de haut en bas, le cartilage cricoïde et deux anneaux de la trachée : en ressortant, on a le soin, en tenant l'instrument d'une façon oblique, de couper toujours, en sciant, les parties molles un peu plus bas que le conduit aérien.

Fig. 551. — *Dilatateur de Garnier (du Mans) aidant à placer une canule.*

Aujourd'hui M. de Saint-Germain a abandonné presque complétement le bistouri chauffé au rouge-blanc pour se servir du bistouri à froid : toutefois, la manœuvre de l'opération restant la même, il opère toujours en un seul temps : il est presque le seul des chirurgiens des hôpitaux à employer ce procédé qui a ses avantages certainement mais qui présente aussi ses dangers.

Introduire la canule. — Une fois la trachée ouverte, ce qui vous est annoncé par le sifflement caractéristique, le chirurgien quitte le bistouri pour le dilatateur, tout en continuant à fixer le larynx de la main gauche (précaution indispensable). Cet instrument, saisi par son milieu, est introduit, en prenant pour guide l'index gauche, dans l'angle supérieur de l'incision : on peut alors attendre un instant, relever la tête du malade qui est pris d'une toux convulsive, placer le dilatateur perpendiculairement à la plaie en l'enfonçant et ne pas se trop presser

pour introduire la canule qui, reposant sur les branches du dilatateur, est poussée horizontalement et subit un *demi-tour de maître* (fig. 551), une fois qu'on sent qu'elle rencontre la paroi postérieure du conduit. Le dilatateur est ensuite retiré ; — fixation de la canule ; — excitation de la surface trachéale avec une barbe de plume ou un petit écouvillon (fig. 552) bien solidement fixé, si les mouve-

Fig. 552. — *Écouvillon de Trousseau.*

ments respiratoires ne paraissent pas se rétablir assez bien ; — respiration artificielle très-longtemps continuée ; — toilette de l'opéré ; — cravate de mousseline au-devant de la plaie ; — faire prendre à l'enfant quelques cuillerées d'une boisson légèrement excitante.

6. *Soins consécutifs.* — M. de Saint-Germain insiste avec beaucoup de raison sur les soins minutieux que vous devez prodiguer à l'enfant pendant les jours qui suivent l'opération, car ils décident souvent, soit de la guérison, soit de la mort du malade.

Et d'abord, la canule interne doit être nettoyée très-souvent, toutes les heures au moins ; ce fut faute de se conformer à cette règle, que les parents d'un de ses petits opérés ont vu succomber leur enfant ; — une autre précaution, qui n'est pas moins importante que la précédente, est d'avoir soin, à chaque fois qu'on remet la

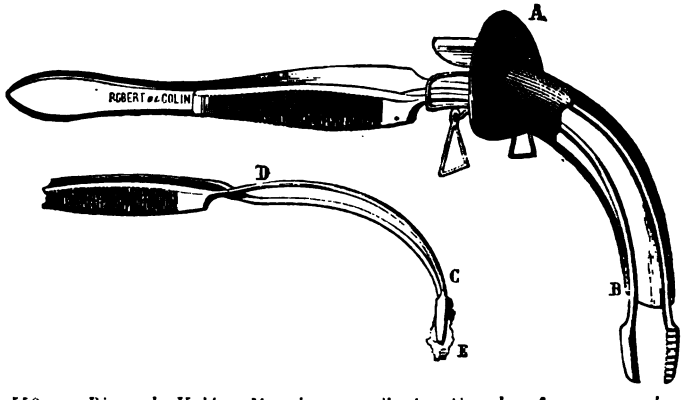


Fig. 553. — *Pince de Valéry Meunier pour l'extraction des fausses membranes.*

canule interne, après l'avoir nettoyée, de l'enfoncer bien exactement jusqu'à l'extrémité de la canule externe ; — un père, qui le

soignait lui-même, a eu à déplorer la mort de son enfant parce qu'il avait négligé de s'assurer du fait.

Chaque fois qu'on réintroduit la canule, on aura soin de tenir la tête de l'enfant droite, mais dans une légère extension.

Si malgré toutes ces précautions le petit malade est pris de suffocations qui puissent laisser supposer qu'il existe des fausses membranes obstruant la trachée, on peut se servir soit des pinces de Valéry Meunier (fig. 553), dont les longues branches entre-croisées se glissent et s'ouvrent dans la canule puis dans le conduit trachéal,

Fig. 554. — *Pince de Robert et Collin pour l'extraction des fausses membranes.*

soit de la pince de Cusco que nous avons déjà décrite en parlant des polypes du larynx.

M. de Saint-Germain n'est pas le seul praticien qui ait songé, du reste, à appliquer le fer rouge dans l'exécution de l'opération de la trachéotomie. M. Palasciano (de Naples) l'a employé et MM. Ranse et Muron (1), dans une série d'expériences instituées sur des chiens en 1873, ont également remplacé le bistouri par le cautère actuel : ils se sont servis d'un morceau de fer arrondi au bout, de 2 centimètres de hauteur et à faces aplaties, et ont décrit ainsi les divers temps de l'opération :

— Division de la peau et du tissu sous-cutané avec le cautère rougi à blanc.

— Écartement des tissus avec une pince à ressort et division de tous les autres tissus jusqu'à la trachée exclusivement, toujours avec le même cautère.

— Section de la trachée avec le bistouri. On voit donc que cette méthode, qui est en quelque sorte *mixte*, diffère surtout de celle de M. de Saint-Germain en ce que les expérimentateurs ne sectionnent que les parties molles extérieures à l'arbre aérien avec le cautère et se servent du bistouri pour entrer dans la trachée, de peur que le contact du fer rouge ne soit la cause ultérieure de la

(1) F. de Ranse et A. Muron, *De la trachéotomie, par le cautère actuel* (*Gaz. méd. de Paris*, 1873).

nécrose des anneaux de ce conduit. C'est une crainte qui ne semble pas partagée par M. de Saint-Germain.

g. TORTICOLIS. — *Traitement médical, chirurgical, orthopédique.* — Pour les formes aiguës du torticolis musculaire (1) il emploie les *émollients* et les *narcotiques*. Le *massage* et l'*électricité* ont donné quelquefois aussi de bons résultats. Dans le cas de torticolis par attitude ver-

Fig. 355. — *Section sous-cutanée du chef sternal, du muscle sterno-cléido-mastoïdien, l'instrument tranchant étant ramené de la face profonde du tendon vers sa face sous-cutanée* (Procédé de Vidal de Cassis).

cieuse, il y a un moyen fort utile qui ne peut être employé à la vérité que chez les filles : il consiste à fixer la tête de l'enfant, pendant la nuit, dans l'attitude opposée à celle qu'elle prend ordinairement, en tressant ses cheveux au-dessous de l'aisselle du côté non affecté. Le traitement chirurgical consiste dans la ténotomie du sterno-mastoïdien ; M. de Saint-Germain préfère la section d'arrière en avant (fig. 355) de manière que les vaisseaux ne peuvent être lésés ; la section faite, il faut redresser la tête et la maintenir dans cette position pendant quelque temps, soit avec un simple bandage, soit avec un appareil spécial. Pour cela, M. de Saint-Germain fait coudre sur le haut du

(1) De Saint-Germain, *Journal de méd. et chir. prat.*, juillet 1876.

bonnet de l'enfant deux bandes qu'il fixe sous l'aisselle du côté opposé. On pourrait aussi, comme le présente la figure 356, disposer un sytème de bandes destiné à maintenir la tête dans l'inclinaison latérale. Quant au traitement orthopédique, on a le choix entre les divers colliers (fig. 556) ou appareils connus sous le nom de minerves (fig. 557). Toutefois, ces derniers sont surtout applicables aux tor-

Fig. 556. — *Bandage pour inclinaison latérale de la tête.*

Fig. 557. — *Collier de cuir moulé de Mathieu, pour le traitement du torticolis.*

A,A,A, large pièce de cuir moulé ; B,B, lames d'acier trempé.

ticolis osseux : ils ont pour but principal d'empêcher les mouvements qui peuvent être dangereux et de supporter, en même temps, le poids de la tête.

Le collier en cuir moulé, qui est certainement le plus simple, est difficile parfois à supporter pendant la nuit : on peut alors le remplacer avec un certain avantage par le *coussin cervical* en caoutchouc

de Galante recouvert d'une enveloppe de soie (fig. 558) et que l'on dilate à volonté à l'aide d'un insufflateur s'adaptant au robinet que

Fig. 558. — *Minerve de M. Charrière.*

Fig. 559. — *Coussin cervical de Galante.*

porte latéralement ce coussin. On peut s'en servir également pour soutenir la tête dans le cas de carie ou de fractures de vertèbres cervicales.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE

M. LE DOCTEUR O. LANNELONGUE (1)

1° AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES. — FISTULES PÉRINÉALES.

a. TUMEUR DU TESTICULE. — *Ligature de l'artère spermatique. Dangers de la castration.* — La castration est sans contredit une opération grave, malgré l'affirmation d'un chirurgien qui dit qu'avec l'écraseur linéaire elle n'a jamais été suivie d'accidents entre ses mains. Sur neuf opérations de ce genre pratiquées par M. Verneuil (2) il y a eu deux morts : une par hémorrhagie, phlegmon et résorption purulente, l'autre par tétanos le 13e jour : dans deux autres cas, la mort a été imminente. — Nous pensons avec M. O. Lannelongue que l'une des causes principales du danger de la castration est la *ligature en masse du cordon.* Non-seulement ce procédé, en étreignant les nombreux filets qui entrent dans la constitution de ce dernier, expose aux accidents tétaniques, mais encore il est loin d'être toujours un moyen hémostatique infaillible. Quelle que soit la force que l'on mette à serrer tous les éléments du cordon, le lien se relâche peu à peu, et l'hémorrhagie a tendance à se produire par les vaisseaux centraux qui ont échappé à l'action du fil et souvent par l'artère spermatique elle-même.

M. O. Lannelongue a renoncé à la ligature en masse depuis qu'il a observé, à la suite de cette méthode, trois faits d'hémorrhagie dont l'un s'est terminé par la mort. Dans ce dernier cas (service de Denonvilliers, 1865) il s'agissait d'un myome du testicule : une double ligature faite avec un fil très-fort fut apposée solidement sur le cordon spermatique que l'on coupa dans l'intervalle ; dans le cou-

(1) 1869, Chirurgien du Bureau central; — 1873, Hospice de Bicêtre; — 1875, Hôpital Sainte-Eugénie.

(2) Verneuil, *Bull. de la Soc. de chir.*, septembre 1866.

rant de la journée, une hémorrhagie se déclara, se répéta les jours suivants, et le malade finit par succomber. La ligature isolée de chacun des vaisseaux du cordon est plus sûre et n'est pas beaucoup plus difficile.

M. O. Lannelongue, pour se mettre à l'abri des dangers de la castration, et dans le but de déterminer une atrophie de la tumeur testiculaire, a pratiqué, à Bicêtre, la ligature de l'artère spermatique, du même côté, chez un homme de 49 ans : cette tumeur très-dure, de nature squirrheuse à marche rapide (elle datait de 4 ou 5 mois), avait presque la grosseur de deux poings d'adulte : au bout d'un an, la masse avait diminué au moins des 4/5. Cette ligature n'offre du reste aucune difficulté sérieuse : une incision est faite sur le trajet funiculaire, et, une fois la gaîne fibreuse commune ouverte, on se trouve sur les éléments du cordon : on voit alors l'artère spermatique entre deux groupes de veines un peu dilatées, l'un plus volumineux antérieur, l'autre postérieur plus mince. En comprimant légèrement le cordon en arrière, où se trouve le canal déférent, on exagère la saillie du vaisseau artériel qui est isolé et autour duquel on passe un fil à l'aide de l'aiguille de Deschamps : chez le malade que nous avons observé, la petite plaie ne tarda pas à se cicatriser ; pendant les quelques jours qui suivirent l'opération, il survint un gonflement œdémateux et une sensibilité exagérée du scrotum ; mais bientôt l'équilibre circulatoire se rétablit, et on vit manifestement la tumeur, en devenant de plus en plus dure, entrer dans une période de décroissance qui s'accentua de jour en jour.

L'idée de faire la ligature de l'artère spermatique pour chercher à atrophier les néoplasmes volumineux du testicule est relatée dans Harvey (1) qui la pratiqua, dit-il, dans un cas avec succès ; mais nous ne savons pas s'il avait réellement affaire à une tumeur maligne.

Cette ligature fut également préconisée par Mayor pour la guérison du sarcocèle ; enfin Maunoir, toujours dans le but d'atrophier la glande séminale dégénérée, plaça une double ligature sur l'artère spermatique, et divisa cette dernière dans l'intervalle ; il conseille aussi, après la ligature, de faire la section complète du cordon.

b. FISTULES ANO-PÉRINÉALES et URÉTHRO-PÉRINÉALES ; INDURATIONS DU PÉRINÉE. — *Resection de tous les tissus indurés.* — *Cautérisations.* — Lorsqu'il n'existe qu'une ou deux fistules *ano-périnéales* complètes

(1) Harvey, *Traité de la génération.*

mais qu'elles remontent assez haut pour faire craindre l'hémorrhagie si on venait à les opérer par le procédé classique, M. O. Lannelongue préfère employer (fig. 560 et 561) la chaîne d'écraseur dont l'intro-

Fig. 560. — *Traitement des fistules anales par l'écrasement linéaire.*

A, main de l'aide relevant la fesse ; B, écraseur auquel est attachée une extrémité de la chaîne ; C, main droite de l'opérateur dont l'index est dans l'anus, D; E, ouverture de la fistule par laquelle passe la chaîne attachée au fil conducteur et tenue de la main gauche de l'opérateur F (Chassaignac).

duction est parfois assez laborieuse, mais qui met plus sûrement à l'abri de l'écoulement sanguin.

Dans le cas de fistules *uréthro-périnéales* multiples, s'accompagnant de nombreuses indurations ayant résisté aux moyens ordinaires et déterminant chez le malade des phénomènes locaux et généraux, assez grands pour compromettre l'existence, M. O. Lannelongue emploie, à l'exemple de Voillemier (1), l'excision ou resection d'une portion du périnée, et voici comment il procède : une fois que le calibre de l'urèthre a été rétabli à peu près complétement, il place dans ce canal la plus grosse sonde en gomme élastique qui puisse y être introduite, et, mettant le malade dans la position de la taille, il commence par inciser sur la sonde cannelée le trajet fistuleux le plus long et le plus central. Disséquant alors

(1) Lannelongue, *Gaz. hebdom.*, 1874, n° 379.

tous les tissus indurés, il les prend avec des pinces et les enlève soi
avec le bistouri, soit avec les ciseaux courbes ; le doigt est promen
sur toute la surface cruentée et vérifie s'il existe encore des portion
dures. Immédiatement après, plusieurs cautères actuels sont éteint

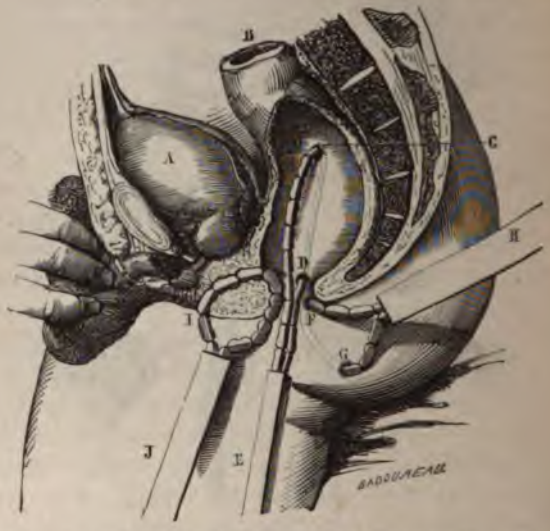


Fig. 561. — *Traitement des fistules anales à plusieurs diverticules par l'écrasement linéaire.*

A, vessie ; B, rectum ; C, lieu dans lequel la chaîne de l'écraseur E, vient de pénétrer da
perforation intestinale ; D, indication, par un trait, du retour de la chaîne de l'écraseur E
la formation de l'anse qui doit diviser le diverticule rectal ; H, écraseur destiné à diviser
verticule fessier ; F, point où la chaîne de cet écraseur pénètre dans ce diverticule ; G,
de cette chaîne dans la profondeur des parties ; J, écraseur destiné au diverticule pér
I, chaîne de cet écraseur qui, grâce à la coupe, peut être vue dans tout son trajet sans
ruption (Chassaignac).

dans les anfractuosités de la plaie, en évitant de trop se rappro
de la ligne médiane, et le pansement est fait avec de la charpie s
ou légèrement humide. On sait que M. Voillemier n'a pas reco
ce dernier temps (cautérisation) ; onze malades ont été traités
par ce dernier chirurgien et ont guéri complétement.

c. CONTRACTURE DU COL VÉSICAL. — *Dilatateur bicoudé de M.
cier.* — La contracture du col, qui a pour effet de rendre beau
plus saillante sa lèvre inférieure et de produire par conséquen
obstacle à l'émission de l'urine, est un état fréquent chez les
lards de Bicêtre. Lorsque cette saillie valvulaire est très-pron
et apporte un obstacle marqué à l'émission de l'urine, mais s
ment dans ces cas, on est autorisé à en pratiquer la se

vec le sécateur à lame fixe de Mercier (fig. 562), soit avec le ur à lame mobile de Maisonneuve (fig. 563), dont le maniement est du reste très-facile.

Dans le cas où cette contracture est l'élément essentiel et ne s'accompagne

Fig. 563. — *Sécateur de la lèvre inférieure du col vésical* (Maisonneuve).

pas de la persistance de cette saillie médiane inférieure (valvule), M. O. Lannelongue emploie la dilatation forcée et se sert le plus souvent de l'ingénieux instrument de M. Mercier, qui représente une sonde bicoudée quand il est fermé et prêt à être introduit. Il se compose de deux tiges plates : l'une bicoudée portant un anneau dans lequel s'engage une autre tige droite qui peut glisser sur la première à l'aide d'une mortaise ; une fois l'instrument introduit et le bec en bas, on pousse la tige droite. Cette dernière maintenue fixe, on retire un peu la branche bicoudée dont le bec, en pénétrant dans l'urèthre, déprime la lèvre inférieure du col, jusqu'à ce qu'il vienne l'accrocher directement.

d. ÉLÉPHANTIASIS DU SCROTUM. — *Expectation.* — *Amputation.* — Si le malade a dépassé 70 ans, M. Lannelongue n'est pas d'avis d'opérer et se contente d'appliquer des mesures hygiéniques, de soustraire le malade

62. — *Sécateur à lame fixe* (Mercier).

nble de l'instrument réduit de volume. — 1, l'extrémité du même, grandeur naturelle, lame cachée. — 2, même extrémité avec la lame en saillie.

aux influences climatériques mauvaises, d'user de soins de propreté minutieux et de donner un régime fortifiant. Si le sujet est plus jeune et placé dans de bonnes conditions, il croit que, malgré le succès obtenu par Chopart, l'extirpation ou l'amputation est préférable à la cautérisation. Il est difficile, avant l'opération, de décrire d'une façon précise les règles à suivre : il faut cependant éviter de léser les cordons et les glandes testiculaires qui généralement ne sont qu'englobées dans la masse éléphantiasique et avoir soin de conserver assez de peau pour recouvrir la surface cruentée profonde.

Nous nous souvenons d'avoir vu, il y a quelques années, M. Verneuil opérer à Lariboisière un éléphantiasis scrotal très-volumineux par le procédé *à double valve* destinée à former la loge testiculaire, qui lui a fourni un résultat très-satisfaisant.

2° AFFECTIONS DU TUBE DIGESTIF.

HERNIE ÉTRANGLÉE. — *Compression abdominale avec un sac de plomb.* — Dans deux faits observés à l'hôpital Beaujon ce procédé, imaginé par M. O. Lannelongue, semble avoir donné un bon résultat. Voici en quoi il consiste : un sac de plomb, fait extemporanément avec une compresse dans laquelle sont renfermés 3 kilogrammes de plomb environ, est suspendu à un cerceau et pèse de tout son poids sur la paroi abdominale, immédiatement au-dessus du pédicule de la tumeur herniaire. Ce sac reste appliqué pendant 20 minutes à peu près et cela sans déterminer en général de douleur très-vive. Au bout de ce temps, on pratique le taxis, puis après réduction on applique provisoirement un gros tampon d'ouate maintenu sur l'ouverture herniaire, soit par un bandage triangulaire fortement serré (fig. 564), soit un spica simple de l'aine (fig. 565), tel que l'a décrit Gerdy (1).

Ce procédé est rationnel, et, quelle que soit la théorie proposée, les deux résultats heureux obtenus doivent engager les chirurgiens à l'expérimentation. La compression de la paroi abdominale comme moyen de faciliter la réduction des hernies (2) se trouve mentionnée chez les auteurs. Després père (3) rappelle que les Indiens ont coutume de comprimer dans ce but les parois abdominales avec

(1) Gerdy, *Traité des bandages et appareils de pansement.* Paris, 1837-1839.
(2) O. Lannelongue, *Bull. de la Soc. chir.*, avril 1871.
(3) Després père, Th. agrég., 1843.

une serviette, et M. Sédillot a proposé une sorte de massage de la paroi abdominale : mais ce moyen est resté chez lui à l'état de pure conception théorique.

Dans le but de savoir si l'étranglement herniaire se complique ou non de péritonite, M. O. Lannelongue cherche à se rendre compte

Fig. 564. — *Bandage triangulaire.*

Fig. 565. — *Spica simple de l'aine.*

par la thermométrie rectale du degré de la température générale. Tandis que dans l'étranglement simple, la température normale est de 37° à 38°, elle s'élève de 39 à 40° et au-dessus quand il y a péritonite.

M. O. Lannelongue regarde aussi comme très-importantes, à l'exemple de M. Verneuil dans la hernie étranglée, les coïncidences pathologiques qui jouent en ce cas un rôle capital au point de vue du pronostic. Ainsi, à Bicêtre, il a vu chez des individus asthmatiques et en même temps porteurs de hernies anciennes, survenir très-souvent un accès d'asthme, lorsque les malades éprouvaient un simple accident, une poussée locale du côté de leur hernie. On se préoccupe aujourd'hui, dit M. O. Lannelongue, et avec raison des relations sympathiques qui unissent diverses membranes séreuses en connexion avec les viscères. M. Lépine a relevé des cas d'hémiplégie consécutive à la pleurésie, et les observations ultérieures ont dé-

montré qu'il y avait un rapport incontestable entre ces deux manifestations pathologiques. Peut-être en est-il de même de la membrane péritonéale. N'a-t-on pas publié des cas de convulsions dans certaines péritonites ? Il est bon de noter toutes ces importantes coïncidences en attendant de nouveaux faits.

3° AFFECTIONS OCULAIRES.

a. CATARACTE. — *Ablation en masse (opération de Sperino de Turin).* — Dans les cas de cataractes séniles avec un noyau assez volumineux, M. O. Lannelongue, à l'exemple de M. Sperino, de Turin, de Pagenstecher (de Wiesbaden) et de Wecker, emploie l'*extraction sans ouverture de la cristalloïde* ou ablation en masse du cristallin avec sa capsule. Il fait le lambeau ordinaire, mais ne pratique pas, comme Pagenstecher et Wecker, l'iridectomie.

Eu égard à cette excision de l'iris, M. O. Lannelongue a remarqué, à Bicêtre, qu'un grand nombre de vieillards opérés, depuis quelques années déjà, par les méthodes s'accompagnant d'iridectomie et en particulier celle de de Græfe modifiée (fig 566), présentent une

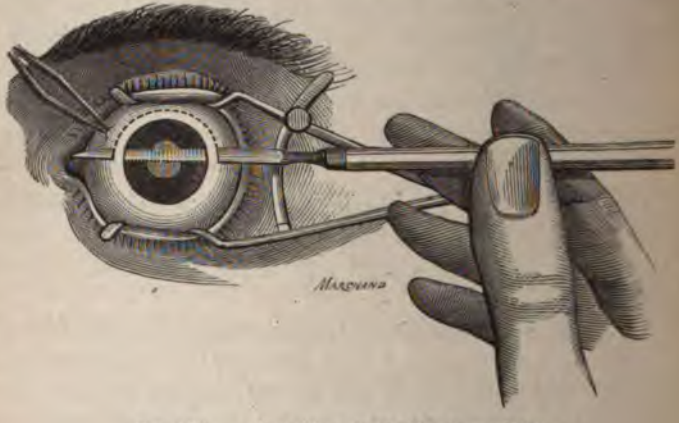


Fig. 566. — *Opération de de Græfe modifiée.*

perte complète de la vision malgré la translucidité des milieux intra-oculaires ; il ne sait pas jusqu'à quel point l'iridectomie prédisposerait à ces amauroses consécutives, mais il a grande tendance à lui faire jouer un rôle dans leur production.

Il n'a pas recours à l'anesthésie par l'éther que le Dr Wecker emploie toujours dans le but de prévenir l'excitation et surtout les

vomissements si nuisibles après l'opération de la cataracte. Il ne commence pas non plus, comme Delgado, par introduire à travers la cornée un instrument spécial destiné à détacher et à mobiliser l'appareil cristallinien.

Lorsqu'elle réussit, cette opération (extraction en masse) donne de très-beaux résultats, car il n'y a pas à craindre ici les cataractes secondaires, mais elle expose à des accidents graves, et en particulier à l'issue du corps vitré, qui d'une façon générale l'ont fait repousser par bien des ophthalmologistes.

J'avoue qu'au point de vue anatomique, nous ne nous rendons pas un compte bien exact de la possibilité de cette extraction en masse ; car on sait que sur l'œil sain la face postérieure de la lentille cristallinienne est unie par sa cristalloïde à l'humeur vitrée, et que, dès qu'on vient à l'en détacher, cette dernière s'écoule : on sait d'autre part avec quelle facilité cette cristalloïde, par ses propriétés physiologiques spéciales, revient subitement sur elle-même dès qu'une simple piqûre l'a intéressée ; il faut donc supposer que dans ces cas pathologiques certaines modifications se sont produites qui ont pour but de séparer, d'isoler l'enveloppe du cristallin de la face antérieure de la masse vitrée : toutefois la démonstration de ce fait n'a pas encore été suffisamment prouvée.

b. KÉRATITE VASCULAIRE. — PANNUS. — *Excision.* — *Cautérisation.*

Fig. 567. — *Kératite interstitielle.*

— La première indication est de détruire la cause irritante avant de s'adresser à la thérapeutique de l'affection de la cornée : il faut donc appliquer ici un traitement chirurgical qui a pour but sinon de supprimer, du moins de limiter la nouvelle circulation qui s'est formée : on ne réussit pas toujours, car une portion de ces

vaisseaux appartient au plan sclérotical profond et est constituée par le développement exagéré des artères ciliaires longues (fig. 567).

On ne peut donc agir que sur les vaisseaux superficiels qui sont incisés ou reséqués (excision de Küchler périphérique à la cornée). C'est à cette dernière opération surtout que s'arrêterait M. O. Lannelongue, qui saisit la conjonctive épaissie et vasculaire avec des pinces à griffes et l'enlève avec des ciseaux courbes. On peut espérer que le tissu inodulaire résultant de cette *circoncision cornéenne* déterminera une compression qui apportera un obstacle salutaire à la circulation pathologique de la cornée. Ce chirurgien est très-réservé sur l'emploi des cautérisations combinées à l'opération précédente, parce qu'elles peuvent aggraver d'une façon très-fâcheuse les altérations cornéennes. Il ferait usage de ces cautérisations plutôt dans les cas de kératite vasculaire sans pannus, c'est-à-dire lorsqu'on a affaire à une circulation qui n'est encore que superficielle. Nous ne signalons également que sous bénéfice d'inventaire les inoculations du pus de l'ophthalmie purulente ou celui du pus blennorrhagique qui ont été préconisées en 1872 par F. Jager.

c. PUSTULE MALIGNE DE LA PAUPIÈRE INFÉRIEURE. — *Autoplastie.* — *Blépharorrhaphie.* — Cautérisations profondes avec le chlorure de zinc liquide. Attendre que l'élimination de l'eschare ait lieu. Après la cicatrisation, anaplastie à l'aide d'un lambeau pris sur la surface malaire et la joue, rotation et glissement de ce lambeau. M. O. Lannelongue pratique, à l'exemple de Denonvilliers, la blépharorrhaphie, suture des paupières, qu'il maintient pendant très-longtemps jusqu'à ce que la plaie soit complétement cicatrisée et même au delà. Nous avons vu dans son service de Bicêtre un jeune berger chez lequel ce procédé a été suivi d'un succès complet.

4° AFFECTIONS DES OS.

a. CONSOLIDATION VICIEUSE D'UNE FRACTURE DU FÉMUR. — *Rupture du cal.* — *Appareil silicaté.* — Si le cal est encore malléable, M. O. Lannelongue, après avoir essayé en vain l'immobilisation prolongée, n'hésite pas à avoir recours à la rupture de ce cal suivie de la juxtaposition des fragments et de l'application d'un nouvel appareil inamovible. Cette immobilisation immédiate prévient les accidents inflammatoires qui pourraient résulter de ce traumatisme en même temps qu'elle favorise plus tard la formation du cal. Il préfère comme appareil les tours de bandes silicatées embrassant

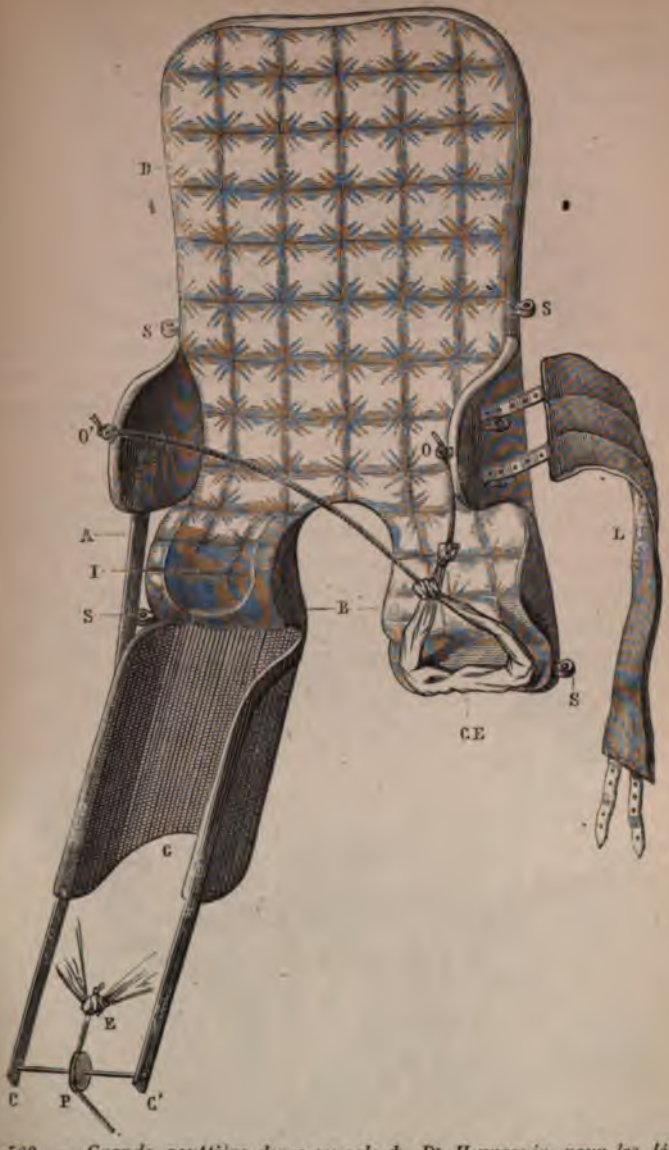


Fig. 568. — *Grande gouttière dorso-crurale du Dr Hennequin, pour les lésions du membre inférieur, destinée aux vieillards et aux infirmes.*

D, partie dorsale ; G, gouttière crurale pouvant s'adapter des deux côtés avec poulie de réflexion P, située à l'extrémité de ses bandelettes longitudinales ; B, Échancrure correspondant au pli inter-fessier ; S,S,S,S, pitons destinés à recevoir les cordes de suspension ; C,E, lacs contre-extenseur (on peut se servir du lacs contre-extenseur bi-latéral) allant se fixer aux viroles O,O' ; L, large ceinture passant sur l'abdomen.

également le bassin et recouvrant l'épaisse couche d'ouate qui enveloppe tout le membre.

b. FRACTURE DU COL. — *Repos simple.* — *Position.* — Après avoir essayé dans bien des cas les divers appareils préconisés pour ce genre

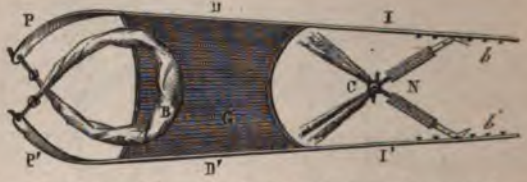


Fig. 569. — *Petite gouttière crurale du Dr Hennequin, pour les lésions du membre inférieur chez les enfants.*

[r G, gouttière; DD', bandelettes longitudinales arquées en haut, PP'; B, lacs contre-extenseur; C, chef du lacs extenseur disposé en 8 de chiffre pour le fessier et la jambe; N, muscles artificiels faisant l'extension.

de lésion, M. O. Lannelongue est arrivé à ne traiter les fractures du col chez les vieillards que par la position et le repos seul. En effet les appareils, loin de favoriser toujours la consolidation, font souffrir les malades en exerçant sur les diverses parties du membre des pressions mal supportées et n'ont aucune prise sur le raccourcissement qui se produit toujours en supposant que la consolidation

Fig. 570. — *Réduction de la luxation de l'épaule par le procédé du talon.*

puisse s'effectuer. On évite aussi de cette manière la formation des eschares par suite d'une immobilité trop prolongée sur le lit.

M. Hennequin (1) a imaginé pour les lésions du membre inférieur (fracture du col, de la cuisse, de la jambe, coxalgie, tumeur blan-

Fig. 571. — *Réduction de la luxation de l'épaule par l'élévation du bras* (procédé de Malgaigne).

Fig. 572. — *Réduction de la luxation de l'épaule par le procédé du genou.*

che du genou, etc.), deux gouttières auxquelles on peut joindre, si l'on veut, l'extension et la contre-excursion pratiquée comme

(1) Hennequin, *Des fractures du fémur et de leur traitement par leur extension continue.* Paris, 1877.

dans l'appareil que nous avons déjà décrit, service de M. le Dr Panas; l'une (fig. 568), destinée aux vieillards et aux personnes infirmes; l'autre pour les enfants (fig. 569). Ces deux gouttières dont nous devons les gravures à l'obligeance de l'inventeur peut rendre de grands services, surtout dans la pratique de la ville.

c. LUXATION DE L'ÉPAULE. — (*Sous-coracoïdienne*). *Réduction par le procédé de Malgaigne.* — Ce chirurgien a eu plusieurs fois recours au procédé dit du talon (fig. 570), employé également par M. L. Labbé avec succès surtout pour les luxations récentes; mais il préfère employer la méthode de Malgaigne (fig. 571), qui consiste dans l'extension oblique en bas d'abord puis horizontale, combinée avec un mouvement de pression et de bascule que l'on peut faire aussi sur le genou (fig. 572).

5° AFFECTIONS DE LA BOUCHE.

DIVISION PALATINE. — *Procédé à lambeau nasal.* — La méthode par déplacement latéral ou à ponts mobiles (Baizeau, Langenbeck) est considérée par lui comme excellente (fig. 573). Il se sert, pour

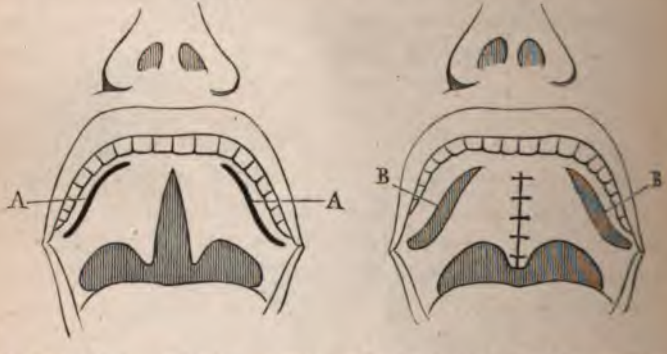


Fig. 573. — *Uranoplastie, méthode par le placement latéral des lambeaux.*
A,A, incision de la fibro-muqueuse palatine; B,B, après la suture.

mobiliser les lambeaux, du grattoir de Langenbeck. — Toutefois, ce chirurgien a imaginé, pour obturer les fissures congénitales de la voûte palatine, d'emprunter un lambeau à la membrane fibro-muqueuse tapissant la cloison des fosses nasales. Ce lambeau quadrilatère est circonscrit par une incision supérieure parallèle au bord inférieur de la cloison et deux incisions verticales, l'une en avant, l'autre en arrière : on le détache avec une rugine jusqu'au

voisinage du bord inférieur de la cloison : on le rabat et on vient mettre son bord supérieur en rapport avec la lèvre opposée de la fissure préalablement avivée ; les parties amenées au contact sont maintenues par quelques points de suture métallique. Les rapports de la cloison des fosses nasales avec les divisions complètes de la voûte palatine peuvent être divisés en deux catégories. Dans l'une la cloison s'implante sur un des bords de la solution de continuité ; il suffit alors de rabattre sur l'ouverture la muqueuse de la cloison. Dans l'autre la cloison correspond au milieu de l'hiatus : M. Lannelongue taille alors deux lambeaux qu'il rabat de chaque côté. Jusqu'à ce jour il a pratiqué 5 opérations par ce procédé et il a toujours eu une réussite complète grâce à la grande vascularité de la muqueuse des fosses nasales ; — il a annoncé ces résultats à la Société de chirurgie dans la séance du 7 juin 1876, en présentant une jeune fille sur laquelle il avait commencé à appliquer cette méthode.

6° AFFECTIONS DE LA VESSIE (FEMME).

FISTULE VÉSICO-VAGINALE. — *Oblitération par la paroi postérieure de la vessie.* — Opération nouvelle proposée par M. Lannelongue dans le cas de destruction complète de toute la paroi antérieure du vagin, du bas-fond et du col de la vessie. Dans le cas signalé par lui (1), la vessie était réduite à ses deux faces pubienne et péritonéale : cette dernière, large, extensible et mobile, était affaissée par l'absence d'urine et le poids des viscères abdominaux, et refoulée dans la fistule qu'elle semblait oblitérer et dans le champ de laquelle on voyait la muqueuse vésicale : c'était la partie la plus reculée de la face péritonéale de la vessie qui venait ainsi combler la fistule. — M. Lannelongue eut l'idée de fixer la paroi vésicale dans cette position : il aviva la muqueuse et le pourtour de la fistule, sur les côtés et en avant, et placa 11 fils métalliques qui furent retirés huit jours après. La réunion était complète ; — ne pouvant emprisonner les uretères dans le cercle de l'avivement, M. Lannelongue conseille de fendre leur paroi vésicale avec la chaîne de l'écraseur.

La malade reste avec une vessie rétrécie, mais assez grande encore pour fonctionner normalement, si le sphincter n'était pas complétement détruit. Il espère que l'urèthre acquerra assez de contractilité pour retenir les urines.

(1) O. Lannelongue, *Bulletin de la Soc. chir.*, 1873.

HOSPICE DE LA VIEILLESSE

BICÊTRE

M. LE DOCTEUR TERRIER (1)

—

I° ANESTHÉSIE, PLAIES, AMPUTATIONS, RESECTIONS.

a. ANESTHÉSIE. — *Chloroforme.* — *Précautions indispensables.* — Ce chirurgien fait administrer le chloroforme à l'aide d'une compresse pliée en plusieurs doubles et sur laquelle il verse quelques grammes de liquide. Cette manière de faire, qui est plus simple, a le grand avantage de laisser à nu une partie du visage qu'il est facile d'observer. — Le pouls et la région diaphragmatique sont surveillés par deux aides pendant toute la durée de l'opération. — De plus M. Terrier ne commence jamais l'anesthésie sans avoir auprès du malade et sous la main tous les objets indispensables pour parer aux accidents qui peuvent survenir (pince à anneaux pour attirer rapidement la langue au dehors, bouchon pour maintenir les mâchoires écartées, boîte à trachéotomie et surtout un *appareil à induction* qu'il fait fonctionner lui-même avant de commencer à opérer). Cette dernière précaution est trop souvent négligée dans les autres services des hôpitaux de Paris pour que nous croyions pouvoir nous dispenser d'attirer l'attention sur elle d'une façon toute spéciale.

b. PLAIES D'AMPUTATION. — *Réunion par première intention.* — M. Terrier n'est pas l'adversaire des tentatives de réunion immédiate après certaines amputations. Voici quelles sont les principales conditions dans lesquelles il se place : opérer au lit du malade, ce qui évite les secousses et ébranlements et permet d'obtenir immédiatement une immobilité absolue; formation de lambeaux longs qui se juxtaposent sans aucun tiraillement; conservation

(1) 1873, Chirurgien du Bureau central ; — 1876, Hôpital temporaire ; — 1877, Hospice de Bicêtre.

d'une grande quantité de peau ; ablation à l'aide de ciseaux des tissus aponévrotiques et des fragments de tendons qui auraient plus tard tendance à s'exfolier; couper les ligatures au ras du nœud : arrêt complet de l'hémorrhagie; lavage de la plaie avec de l'eau très-fortement alcoolisée; se servir, pour essuyer les surfaces, de charpie imbibée d'alcool ou d'éponges neuves; sutures métalliques; compression des parties molles profondes; repos complet. Comme traitement général, tisane vineuse, vin de Bagnols, alimentation; prescriptions amères ; surveiller l'état du tube digestif.

L'hôpital temporaire où nous avons enregistré nous-même plusieurs succès de cette nature me semble, du reste, se trouver dans des conditions hygiéniques suffisamment bonnes pour qu'il soit possible de tenter, avec quelques chances de réussite, ce mode de pansement par réunion immédiate qui, si on a le bonheur de l'obtenir, évite au malade les accidents les plus sérieux. Ce service de chirurgie en effet est relativement assez petit (45 lits) et composé de plusieurs chambres dont quelques-unes sont séparées par des paliers : les fenêtres sont larges, les lits sont très-espacés et l'air circule tout à l'entour.

Dans les cas où les hémorrhagies sont à craindre, ce chirurgien emploie volontiers le pansement de M. Bourgade consistant à recouvrir la surface cruentée de charpie imprégnée d'une solution de perchlorure de fer et à l'appliquer aussi bien sur les vaisseaux et les muscles que sur la section des os.

c. GANGRÈNE PARTIELLE DU PIED GAUCHE. — DÉSARTICULATION TIBIO-TARSIENNE. — *Large lambeau plantaire interne.* — Anesthésie, Application de la bande d'Esmarch. — Il suffit, pour pratiquer cette désarticulation, d'un couteau de moyenne dimension, à lame étroite, d'une largeur égale dans toute sa hauteur et *avec talon.* Selon nous, c'est ce couteau qui devrait bien remplacer, du reste, dans nos boîtes à amputation tous les autres modèles et particulièrement les couteaux à lame pyramidale et à base plus large que le reste de leur étendue ; il est bien mieux en main, possède la force et la légèreté, et par suite de la présence d'un *talon* il ne risque de blesser ni les doigts de l'opérateur ni ceux des aides. La méthode employée par M. F. Terrier est celle du *large lambeau plantaire interne* rappelant un peu le tracé de l'incision plantaire de Malgaigne pour la sous-astragalienne. Il commence en dehors à deux travers de doigt au-dessous de la malléole externe, et, divisant les tissus de la face dorsale, arrive à peu près au niveau du tubercule du scaphoïde ; là il dirige le couteau dans les profondeurs de la région plantaire et presque trans-

versalement, puis parvenu à l'union du 1/3 externe avec les 2/3 internes de cette face, il change de direction et, sectionnant toute la plante du pied d'avant en arrière, il revient rejoindre son point de départ sous la malléole externe. Le lambeau interne est immédiatement disséqué avant de procéder à l'ouverture tibio-tarsienne.

Cette dissection d'avance nous semble un temps indispensable dans cette opération, car si on l'effectue seulement après avoir désarticulé, on risque d'éprouver les plus grandes difficultés, quand arrive la séparation des parties molles, de mâcher le lambeau et d'y produire presque inévitablement une ou plusieurs boutonnières.

Dans le cours de cette dissection on doit raser le calcanéum d'aussi près que possible, de façon à enlever le périoste et à bien comprendre dans le lambeau restant les vaisseaux et nerfs, sans les intéresser, pour éviter la gangrène consécutive de ce lambeau. L'ouverture de l'article tibio-tarsien est alors chose facile, rapidement exécutée et, une fois qu'elle est achevée, le pied se détache de lui-même. Nous pouvons donc affirmer, avec bien des chirurgiens qui suivent maintenant pareille conduite, que dans cette opération presque tout consiste dans cette séparation des parties molles des faces correspondantes du calcanéum. — Excision des tendons qui pendent dans la plaie; section des malléoles; ligature des vaisseaux; drain laissé transversalement au fond de la plaie; cinq points de suture réunissant les lèvres de la solution de continuité; compression exercée sur la partie moyenne du lambeau, de façon à chercher d'abord la réunion profonde sur le squelette sous-jacent. Comme pansement, charpie sèche, compresses longuettes, etc., puis pansement alcoolisé ou phéniqué.

d. AMPUTATION DU MÉDIUS. — *Pansement ouaté.* — Le docteur F. Terrier applique soit le procédé ovalaire, soit plutôt la méthode à deux lambeaux, comme le représente la figure 574 pour l'amputation de ce doigt en C et la figure 575 en D pour l'amputation de l'annulaire. Pansement ouat : il ne croit pas, comme l'inventeur de cet excellent mode de pansement, qu'il doive ses précieux avantages à la filtration de l'air et à ce qu'il empêche les germes extérieurs de venir contaminer la plaie. Évidemment l'élévation et surtout l'uniformité de la température environnant la solution de continuité entrent en ligne de compte dans les bons effets que présente ce moyen de traitement. L'immobilisation complète qu'il détermine et la rareté du pansement jouent aussi un rôle avantageux. Il l'applique surtout pour les amputations et les plaies de la main et du pied; mais, quand il s'agit du tronc, de la mamelle, il ne croit pas à

l'efficacité de son emploi, par suite de la gêne qu'il apporte aux mouvements respiratoires et par la chaleur insupportable qu'il développe chez la malade.

e. SCAPULALGIE. — *Resection de la tête humérale* (incision verticale

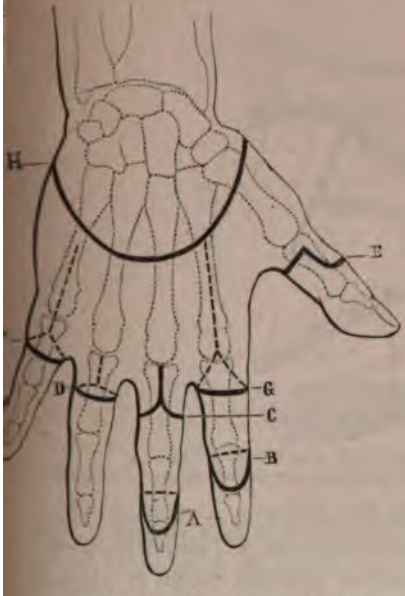


Fig. 574. — *Main, face palmaire.*

A, amputation d'une phalange dans la continuité, un lambeau palmaire; B, désarticulation d'une phalange, un lambeau palmaire; C, désarticulation d'un doigt, deux lambeaux latéraux; D, désarticulation d'un doigt, raquette; E, désarticulation du pouce, lambeau externe; F, amputation du cinquième métacarpien dans la continuité, raquette; G, amputation du deuxième métacarpien, continuité, raquette; H, amputation du poignet, ellipse à lambeau palmaire, tracé de l'incision (Chauvel).

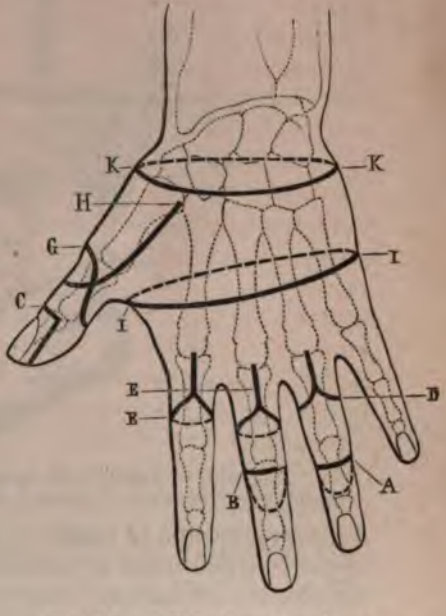


Fig. 575. — *Main, face dorsale.*

A, amputation d'une phalange dans la continuité, un lambeau palmaire; B, désarticulation d'une phalange, un lambeau palmaire; C, désarticulation de la phalangette du pouce, un lambeau palmaire; D, désarticulation d'un doigt, deux lambeaux latéraux; E, désarticulation d'un doigt, raquette; G, désarticulation du pouce, ellipse à lambeau palmaire; H, désarticulation du premier métacarpien, lambeau externe; I, désarticulation des quatre derniers métacarpiens, méthode circulaire; K, désarticulation du poignet méthode circulaire (Chauvel).

antérieure). — M. F. Terrier préfère avoir recours, pour cette resection, afin d'éviter les trop grands délabrements et dans le but de sectionner le deltoïde parallèlement à ses fibres, à l'incision rectiligne et verticale antérieure d'une longueur de 10 à 11 centimètres ou légèrement oblique en bas et en dehors (procédé d'Ollier) (fig. 576). Plus on rapproche cette incision unique du côté interne,

et plus on a de facilité pour désarticuler : aussi, à l'exemple de Robert et de Malgaigne, commence-t-il à inciser près du sommet du triangle coraco-claviculaire. Rugination de la cavité glénoïde si elle est malade ; pansement à l'alcool.

Fig. 576. — *Resection de l'épaule par la méthode d'Ollier*, A.

f. AMPUTATION DE LA JAMBE. — *Au lieu d'élection. — Méthode à lambeaux.* — Ce chirurgien se montre peu partisan de l'amputation sus-malléolaire : les malades, opérés par ce procédé, voient la plupart du temps l'extrémité de leur moignon s'ulcérer ; les appareils prothétiques sont très-mal supportés par eux et ils finissent soit par marcher le genou appuyé sur un pilon avec toute la jambe pendante en arrière comme un manche à balai, soit par réclamer une nouvelle amputation : aussi, chez les malades qui ne sont pas passibles d'une ablation partielle du pied, il préfère l'amputation de la jambe au lieu d'élection.

Qu'il me permette de ne pas être entièrement de son avis, car l'amputation sus-malléolaire, qu'elle donne lieu ou non ultérieurement à une locomotion facile, n'en est pas moins une opération infiniment moins grave que l'amputation au niveau du 1/3 supérieur : c'était là du moins l'avis de notre maître Michon ; or il y a toujours intérêt à sauver la vie d'un malade, même en lui laissant un membre qui sera pour lui l'objet de soucis incessants. De plus, les ulcérations rebelles, qui sont en effet souvent le résultat de la sus-malléolaire, tiennent beaucoup plus au mode opératoire employé qu'à l'amputation elle-même. Elles surviennent bien plus à la

suite des amputations circulaires qu'après l'amputation à lambeaux (*procédé en gueule de loup*, grand lambeau postérieur épais (fig. 577), petit lambeau antérieur) qui donnent non pas une cicatrice *en sur-*

Fig. 577. — *Amputation sus-malléolaire, à grand et épais lambeau postérieur.*

face, mais une cicatrice *d'affrontement* oblique ou transversale très-solide et reportée en avant. Enfin la nature de l'appareil prothétique mis en usage entre aussi en ligne de compte pour la production de ces ulcérations consécutives.

g. SECTION DES TENDONS EXTENSEURS. — *Suture avec le catgut.* — La suture des tendons n'a été qu'assez difficilement acceptée par les chirurgiens, cependant on obtient depuis quelque temps avec elle d'excellents résultats; — application de la bande d'Esmarch, incision pour isoler les tendons, avivement de leurs extrémités, main placée dans l'extension forcée. — Suture avec *catgut* dont on coupe les chefs au ras du nœud de façon a éviter l'élimination secondaire des points de suture et par conséquent les adhérences fatales de la cicatrice cutanée. D'un autre côté, grâce à l'emploi du *catgut*, M. F. Terrier croit qu'on peut obtenir la réunion immédiate du lambeau cutané et abréger ainsi le temps pendant lequel le membre est maintenu dans une position forcée.

2° AFFECTIONS DU NEZ, DES OREILLES, DE LA LANGUE.

a. POLYPES MUQUEUX DES FOSSES NASALES. — *Polypotome de Wilde.*

— *Cautérisation.* — Voir le polype et en pratiquer l'excision avec une anse métallique, tels sont les deux principes qui guident M. F. Terrier dans la thérapeutique chirurgicale des polypes muqueux ou myxomes des fosses nasales : par ce procédé, l'opérateur n'agit pas à tâtons comme pour la méthode de l'arrachement et de la torsion, et il se trouve dans les conditions nécessaires à l'extirpation complète du pédicule, ce qui n'est pas la règle dans le dernier procédé que nous venons de citer et dans lequel, saisissant le polype au hasard, on renouvelle l'exploration jusqu'à ce que la cavité nasale correspondante ait recouvré toute sa liberté pour l'expiration; de plus, la douleur est moins grande, l'hémorrhagie nulle et les chances de repullulation bien diminuées. Dans les cas bien rares où M. F. Terrier pratique l'arrachement il se sert de la pince à polypes de S. Duplay (1) (fig. 578) (petit volume des branches, courbure très-courte,

Fig. 578. — *Pince à polypes de S. Duplay.*

articulation des branches placée très-près des cuillers), de préférence aux pinces à polypes ordinaires droites (fig. 579) ou courbes

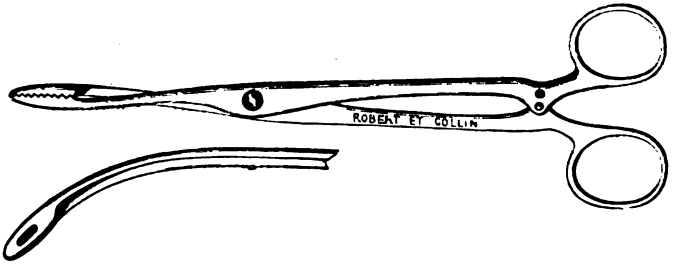


Fig. 579. — *Pince à polypes ordinaires.*

construites sur le modèle général des pinces à anneaux, présentant des mors fenêtrés, et munies de dentelures plus ou moins saillantes.

Voir le polype. — Il emploie à cet effet le petit *spéculum* imaginé

(1) S. Duplay, *Gazette des hôpitaux*, p. 585. 1868.

par M. S. Duplay (fig. 580). Cet instrument, en bec de canne, a une valve inférieure complétement fixe et l'autre supérieure très-mobile et légèrement coudée, qui s'écarte de la précédente à l'aide d'un curseur mobile sur une vis : on dilate ainsi l'ouverture postérieure de la narine en écartant celle-ci à volonté. Il permet aux rayons lumineux d'entrer en grande quantité dans la cavité nasale et aux divers instruments de manœuvrer presque à ciel ouvert et avec beaucoup de précision : le *miroir réflecteur* (1) fixé au front par un bandeau, que M. S. Duplay a fait monter sur une paire de lunettes et qui correspond au front du chirurgien, concentre ces rayons au fond du spéculum. Le même miroir est du reste employé par

Fig. 580. — *Spéculum de S. Duplay.*

Fig. 581. — *Pince de Wilde.*

Fig. 582. — *Serre-nœud de Wilde, pour l'écrasement des polypes.*

M. S. Duplay pour l'exploration des profondeurs de l'oreille. A l'aide de ce bon instrument il est facile d'examiner directement les

(1) Voyez service de M. le Dr Duplay.

affections du nez et de porter des topiques sur les ulcères syphilitiques ou autres.

Pratiquer l'excision. — La tête du malade étant fortement fléchie en arrière et l'orifice nasal étant dilaté et éclairé par les deux moyens précédents, on commence par explorer la cavité et par se rendre compte du volume, du nombre et du point d'implantation des polypes, en engageant le patient à faire du côté atteint des expirations brusques par lesquelles le myxome se déplace et apparaît avec tous ses caractères : le chirurgien introduit alors dans le spéculum et jusqu'au polype l'extrémité ou anse du *polypotome de Wilde* (fig. 581 et 582), qui n'est autre chose qu'un petit serre-nœud de M. Maisonneuve, seulement coudé, ou bien le même instrument modifié par S. Duplay (fig. 583) et muni de trois anneaux, un terminal (pouce) et deux latéraux (index, médius) qui permettent de le manœuvrer aisément avec une seule main. Une poulie de renvoi que M. S. Duplay a fait ajouter à cet instrument facilite le glissement du fil de fer, dont la grosseur est variable. L'anse du fil a été préalablement inclinée selon le degré d'inclinaison du polype, ce dernier s'y engage, grâce à l'expiration brusque que l'on fait effectuer au malade, et il se trouve sectionné au niveau de son pédicule par le rapprochement des trois doigts passés dans les anneaux. L'introduction du polypotome est répétée autant de fois qu'il y a de myxomes. Cautérisation avec le chlorure de zinc liquide.

Fig. 583. — *Polypotome de Wilde modifié par S. Duplay.*

Cette opération est délicate et certainement fort ingénieuse, mais elle a, selon nous, l'inconvénient d'être plus compliquée et de nécessiter l'emploi d'instruments spéciaux qu'il est parfois difficile de se procurer ; aussi je crois que, dans bien des cas, il est plus simple et tout aussi efficace d'avoir recours à la méthode classique et peut-être *routinière*, que nous voyons sans cesse appliquer dans les hôpitaux, que nous avons appliquée nous-même bon nombre de fois et qui consiste à *saisir*, *tordre et arracher* le polype avec une pince à anneaux à mors plats. Quoi qu'on en dise, cette méthode est peu douloureuse, ne donne pas lieu, en général, à un écoulement de sang très-considérable et l'hémorrhagie du reste s'arrête facilement : elle n'est jamais suivie d'inflammation bien marquée et le mouvement de torsion imprimé aux pinces (petites et légèrement coudées de M. S. Duplay) suffit à enlever le pédicule dans toute sa longueur. Mais, me dira-t-on, vous vous exposez à saisir soit la muqueuse, soit un cornet. En suivant la manœuvre qu'indique M. Tillaux, il est impossible que cet accident arrive : on introduit les pinces fermées, dont on ouvre les mors au milieu de la cavité nasale, on engage le malade à faire une expiration brusque et, le polype s'étant engagé de lui-même entre les mors de l'instrument, il ne reste plus qu'à le tordre, mais sans avoir aucune chance de léser ni la muqueuse ni l'un des cornets. Je le répète, c'est là une méthode excellente et qu'on emploiera encore longtemps, car bien des praticiens seraient fort embarrassés si on les obligeait à enlever un myxome avec le polypotome de Wilde.

b. TUMEUR ET FISTULE LACRYMALE. — *Méthode de Bowmann.* — *Cautérisation.* — Il ne pratique pas la ponction du sac et n'emploie par

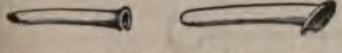


Fig. 584. — *Canule de Dupuytren.*

Fig. 585. — *Mandrin de Dupuytren.*

Fig. 586. — *Clou de Scarpa.*

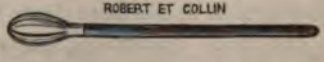


Fig. 587. — *Clou de Richet.*

conséquent ni la canule de Dupuytren avec son mandrin (fig. 584 et 585), ni le clou de Scarpa ou de Richet (fig. 586 et 587). Tumeurs et fistules lacrymales sont traitées par M. F. Terrier de la manière

suivante. Il commence par débrider le point lacrymal inférieur avec le petit couteau de de Græfe et introduit le stylet cannelé de Bow-

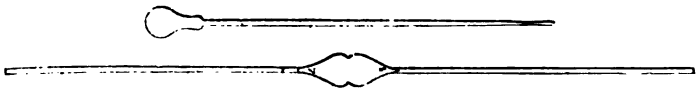


Fig. 588. — *Stylet de Bowmann.*

mann (fig. 588) : si aucune amélioration ne se produit, section du canal lacrymo-nasal avec le couteau de Weber (fig. 589), petit scalpel

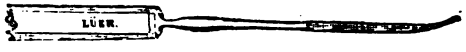


Fig. 589. — *Couteau de Weber.*

très-mince dont la pointe est remplacée par un bouton qui lui permet de traverser le conduit à la façon d'une sonde : lorsque cette pointe est arrivée dans le sac, il suffit de relever perpendiculairement l'instrument, le tranchant en haut, pour diviser la paroi supérieure du conduit : il pratique ensuite le cathétérisme ou bien emploie le lacrymotome caché de M. Giraud-Teulon (fig. 590), suivi de cautérisations avec le nitrate d'argent coulé dans

Fig. 590. — *Lacrymotome de Giraud-Teulon.*

la cannelure de la sonde de Bowmann (fig. 591) ou avec la sonde rougie au feu pour modifier l'intérieur du sac : on reprend ensuite le cathétérisme avec les sondes de Bowmann. Le lacrymotome de

Fig. 591. — *Sonde cannelée de Bowmann.*

Giraud-Teulon se compose d'une tige cannelée montée sur un manche : une lame tranchante glisse dans la tige cannelée sous l'impulsion d'un bouton placé sur le manche : la lame doit faire une saillie suffisante pour couper toute l'épaisseur du canal, y compris la muqueuse. M. F. Terrier emploie également les injections aluminées pratiquées à l'aide d'un des cathétères creux de Bowmann ou de la sonde de Weber portant un ajutage sur lequel se visse une

seringue d'Anel ou de Pravaz (fig. 592). Il préfère de beaucoup ce

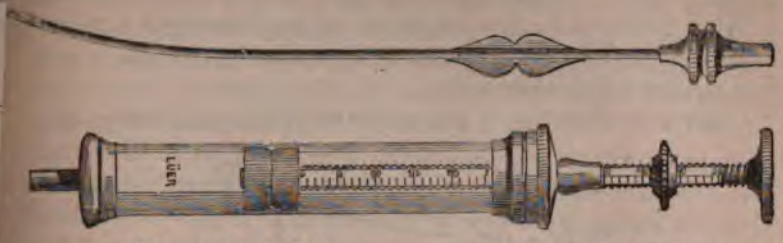


Fig. 592. — *Sonde de Weber, munie d'un ajutage, pour les injections.*

moyen à la cautérisation faite, comme le veut Desmarres, au moyen d'une sonde creuse (1) portée dans le canal nasal par l'ouverture

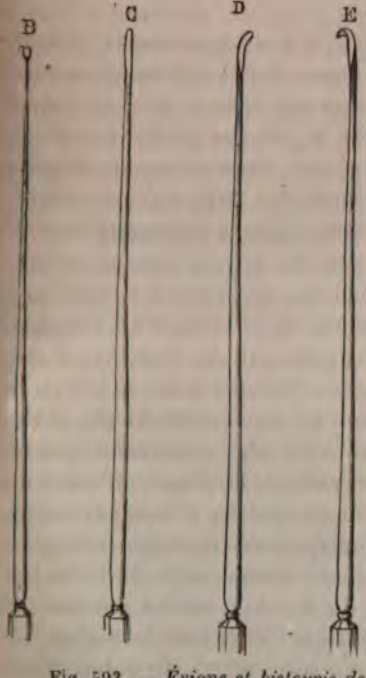


Fig. 593. — *Érigne et bistouris de Bonnafont.*

B, érigne double; C, bistouri droit; D,E, bistouri, à tranchant concave.

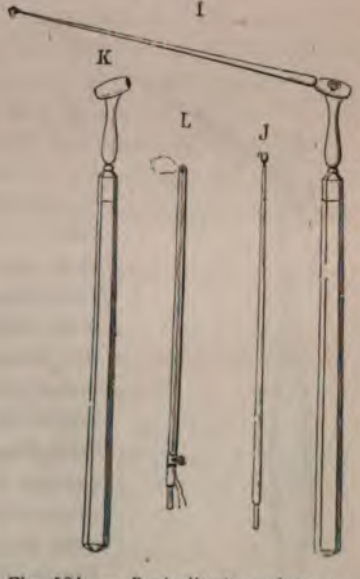


Fig. 594. — *Porte-ligature et serre-nœud de Bonnafont.*

du sac : dans ce cas la sonde, qui est graduée, donne passage à un

(1) Voyez le service de M. le docteur Marc Sée.

porte-caustique également gradué dont la cuvette est remplie de nitrate d'argent. Ce chirurgien croit que la perméabilité du canal lacrymal peut parfaitement se rétablir et que l'obstruction permanente n'est pas toujours le résultat de cette affection, comme le pensent certains autres chirurgiens.

c. POLYPE DE L'OREILLE. — *Polypotome de Wilde.* — L'excision pra-

Fig. 595. — *Spéculum de Toynbee.*

tiquée avec l'érigne B et les bistouris C, D, E de Bonnafont (fig. 593) donne lieu toujours à un certain écoulement de sang : aussi M. F. Terrier préfère-t-il la ligature; l'instrument de Bonnafont (fig. 594) lui paraît trop compliqué, aussi conseille-t-il à cet effet de recourir aux mêmes temps que pour les myxomes des fosses nasales. — Emploi du spéculum de Toynbee et du miroir monté sur les branches d'une paire de lunettes. Toynbee a donné à l'extrémité tubulaire de son spéculum (fig. 595) une forme ovalaire plus convenable que la forme ronde puisque la coupe du conduit auditif externe est ovalaire et non pas circulaire. Il est indispensable de disposer de spéculums de divers diamètres (1, 2, 3) car les dimensions du conduit auditif externe ne sont pas identiques chez tous les sujets. — Emploi du petit serre-nœud, dit polypotome de Wilde, dont l'anse métallique est inclinée suivant la disposition, le volume et la profondeur du polype.

Fig. 596. — *Écraseur linéaire de Garrigou-Desarènes.*

On peut également se servir à cet effet du petit écraseur de Garrigou dont l'anse A est conduite jusqu'à la

base du polype (fig. 596). On procède alors lentement à la section de celui-ci en tournant le volant F sans exercer aucune traction avec l'écraseur. L'opération, une fois le polype saisi, dure de 20 à 30 secondes. On est averti que le polype est coupé (1) quand le volant tourne sans difficulté. M. F. Terrier préfère se servir du polypotome de Wilde modifié par M. S. Duplay.

d. OTITE. — *Incision sur l'apophyse mastoïde.* — Dans l'otite suppurée qui s'accompagne brusquement de douleurs très-vives dans l'oreille et la tête, et de gonflement du côté de l'apophyse mastoïde avec fièvre et surdité ne laissant aucun doute sur la propagation aux cellules mastoïdiennes, il fait (quand bien même il n'y a pas d'apparence de suppuration extérieure) une incision de 5 à 6 centimètres, selon le conseil de Wilde, sur l'apophyse mastoïde : cette incision intéresse tous les tissus jusqu'au périoste, mais sans dénuder le squelette de la région. En même temps il pratique dans l'oreille, dont la suppuration a détruit la membrane du tympan, des injections d'alun et fait des cautérisations iodées. A la suite de ce débridement qu'il a pratiqué sur un malade de l'Hôtel-Dieu, les phénomènes inflammatoires et douloureux qui avaient résisté aux antiphlogistiques répétés, et aux narcotiques, s'amendèrent et le malade put recouvrer même un certain degré d'audition.

e. CANCER DE LA LANGUE. — *Écraseur linéaire.* — Il fait usage suivant la nature, l'étendue et les limites du néoplasme, soit de l'écraseur linéaire, soit du bistouri, soit du thermo-cautère. Il a pratiqué, dans le cas de cancer inopérable, la ligature de la linguale dite atrophiante ; mais il n'a vu survenir ultérieurement aucune modification heureuse du côté de la masse morbide. Dans une ligature de ce genre qu'il vient de pratiquer, il a fait remarquer à quelle profondeur considérable (6 cent.) il a fallu pénétrer pour trouver le vaisseau : ce n'est pas dans le triangle formé par les deux ventres du digastrique et le nerf grand hypoglosse qu'il va lier l'artère, mais bien en dehors, au moment où elle s'engage sous le muscle hyoglosse. Un phénomène physiologique intéressant, qui eut lieu dans ce cas, fut l'anémie extrêmement prononcée qui se manifesta dans le côté de la langue correspondant à la ligature. Cette opération, en pareille circonstance, n'est donc guère indiquée que dans le cas d'hémorrhagie répétée.

(1) Garrigou, *Gaz. des hôpitaux*, p. 578. 1866.

3° ULCÈRES.

a. ULCÈRES VARIQUEUX. — *Pansement à l'alcool. — Élévation du membre. — Repos. — Compression ouatée.* — Ce chirurgien attache une grande importance au repos le plus absolu et à l'élévation du membre placé dans le *hamac* dont se sert M. Cusco (1). Le système des nœuds coulants qui correspondent aux cordons fixés aux quatre angles du hamac permet d'élever ou d'abaisser le membre à volonté et de lui donner l'inclinaison désirable. A cette suspension il joint un pansement modificateur : il emploie souvent la charpie trempée dans l'alcool presque pur. Enfin il fait également usage pour les ulcères variqueux de la compression ouatée.

b. ULCÈRES ATONIQUES. — *Emplâtre de Vigo.* — Dans les ulcères de cette nature dont les bords sont durs et épais, et pour les engorgements scrofuleux et syphilitiques, M. F. Terrier fait usage de l'emplâtre de Vigo qu'il regarde plutôt comme un modificateur excitant que comme un résolutif d'une activité bien grande. Il l'emploie en cuirasse que l'on forme par des bandelettes superposées et imbriquées comme le diachylon. Il prescrit aux sujets scrofuleux la bière, dont l'administration lui a paru être mieux supportée, dans certains cas, que les autres boissons alcooliques.

4° AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES (HOMME ET FEMME). ABDOMEN.

a. HYDROCÈLE. — *Cautérisation au nitrate d'argent.* — M. F. Terrier emploie souvent, mais non pas comme méthode exclusive, dans le traitement de l'hydrocèle simple de la tunique vaginale et dans

Fig. 597. — *Sonde cannelée ordinaire.*

celui des kystes de l'épididyme, la cautérisation de l'intérieur de la poche avec le nitrate d'argent fondu à l'extrémité de la cannelure de la sonde cannelée ordinaire (fig. 597), ou à l'extrémité d'un stylet,

(1) Voy. le service de M. le Dr Cusco.

c'est-à-dire le procédé Defer, de Metz (1); il l'a pratiquée déjà bon nombre de fois et il n'a jamais vu survenir d'accident et en particulier la suppuration. Il croit que cette méthode, bien simple dans son exécution, est au moins aussi efficace que l'injection de teinture d'iode; la guérison est seulement un peu plus longue à s'effectuer.

b. PHLEGMON DE LA FOSSE ILIAQUE. — *Ouverture près du ligament de Fallope.* — Antiphlogistiques dans la première semaine et cataplasmes : au bout de 10 à 12 jours, rechercher la fluctuation avec soin : s'il y a un œdème bien accentué, il croit qu'il ne faut plus attendre trop longtemps avant d'ouvrir le foyer. Il n'emploie pas l'aspirateur. Incision couche par couche avec le bistouri, comme si l'on voulait trouver l'artère iliaque externe : drainage et lavage antiputride (iode, alcool), etc., surtout s'il y a de grands décollements, reconstituants.

c. EXSTROPHIE DE LA VESSIE. — *Autoplastie par lambeau préputial et abdominal.* — Chez un malade de son service âgé d'une vingtaine d'années, atteint d'exstrophie vésicale avec épispadias de la verge et chez lequel la saillie muqueuse était assez prononcée, M. F. Terrier s'est proposé d'appliquer l'autoplastie faite par M. Le Fort pour un cas semblable chez un enfant de 15 ans (2). Ce procédé est l'analogue de celui que Nélaton a imaginé pour l'épispadias simple (fig. 598), avec cette différence qu'au lieu du lambeau en voûte scrotal, on en sculpte un aux dépens du prépuce qui est pendant au-dessous de la verge. Nous nous souvenons d'avoir vu A. Richard opérer une exstrophie de vessie par le lambeau abdominal rabattu sur la gouttière du pénis et fixé de chaque côté : au bout de quelques jours le malade était mort. Dans un autre exemple d'épispadias complet avec *infundibulum* très-prononcé qui vient d'être opéré dans un des hôpitaux de Paris par la méthode de Nélaton, les deux lambeaux scrotal et abdominal se sont complétement mortifiés.

Je ne sais pas si dans ces cas d'exstrophie on ne devrait pas plutôt (sans se préoccuper de la saillie vésicale) chercher à remédier seulement à la conformation du pénis, de façon à permettre la copulation, qui est complétement impossible chez ces malheureux.

d. TUMEUR FIBREUSE UTÉRINE (*métrorrhagie*). — *Injections sous-cutanées d'ergotine.* — Ce mode de traitement est encore à l'étude et on ne peut être, à l'heure qu'il est, complétement fixé sur sa valeur. M. F. Terrier l'a cependant mis en usage chez une femme de 49 ans

(1) Voir le service de M. le Dr Désormeaux.
(2) Voy. le service du professeur Le Fort.

avec apparence de succès. La solution qu'il employa est ainsi composée :

Eau distillée.....	15	grammes.
Glycérine.....	15	—
Ergotine..	2	—

injections pendant 15 jours de 20 gouttes de cette solution dans le tissu cellulaire sous-cutané de l'hypogastre, à l'aide de la seringue

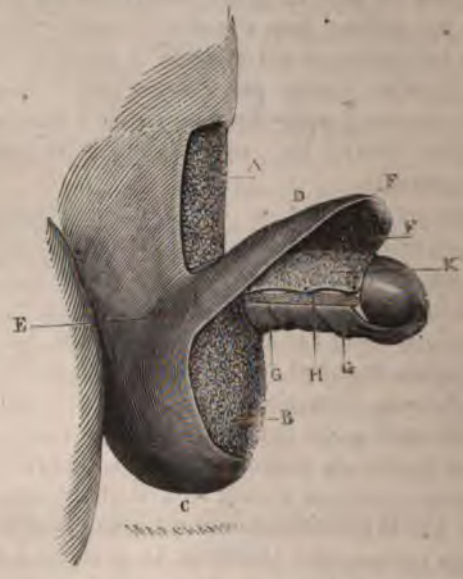


Fig. 598. — *Opération pratiquée par Nélaton, pour l'épispadias.*

A, point sur lequel on a taillé le lambeau abdominal ; B, point sur lequel on a taillé le lambeau scrotal ; C, partie inférieure du scrotum ; H, lambeau scrotal, incisé dans le milieu de sa base pour laisser passer la verge ; E, parties latérales adhérentes du lambeau scrotal ; G, bords avivés de la peau de la verge ; H, bords saignants du lambeau abdominal ; K, surface saignante du lambeau abdominal, sur laquelle doit être appliquée la surface saignante du lambeau scrotal.

de Pravaz. Elles furent un peu douloureuses au commencement ; puis peu à peu la malade s'y habitua : on les espaça ensuite beaucoup plus. Les hémorrhagies cessèrent et il y eut véritable amélioration dans l'état de la malade.

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS

M. LE DOCTEUR GUÉNIOT (1)

I° AFFECTIONS DES YEUX.

OPHTHALMIE DES NOUVEAU-NÉS. — *Crayon mitigé* (*nitrate de potasse et nitrate d'argent*). — Cette ophthalmie atteint la majorité de ces enfants, sinon presque tous, mais cependant à des degrés variables. La gravité de l'affection et la thérapeutique à employer diffèrent notablement suivant que l'enfant est âgé de quelques jours, de quelques semaines, ou qu'il a depassé une ou deux années.

Et d'abord comment s'y prendre pour retourner les paupières, car on comprend que le petit être ne se soumet pas volontiers à ce genre d'exploration ? Pour la paupière inférieure le retournement se fait avec facilité ; par le simple abaissement, le cartilage bascule et la face postérieure de ce voile se présente d'elle-même à l'exploration : pour la paupière supérieure la chose est plus difficile par suite du gonflement considérable et parce que le petit malade, en criant, contracte violemment le muscle orbiculaire.

M. Guéniot par l'artifice suivant arrive à ce retournement sans employer, comme chez l'adulte, soit le manche d'un instrument, soit le doigt appliqué sur la face cutanée, tandis que le pouce cherche à relever le bord palpébral : voici quel est ce moyen : on appuie et on fixe solidement la peau de la paupière supérieure sur le rebord osseux de l'orbite, il suffit alors d'abaisser en masse la paupière inférieure pour voir à l'instant le cartilage tarse supérieur effectuer son mouvement de bascule et présenter au chirurgien toute sa surface muqueuse.

Dans le traitement de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, ce chirurgien se sert beaucoup plus du *crayon mitigé* (nitrate d'argent et nitrate de potasse associés par parties égales) que des collyres, et

(1) 1865, Chirurgien du Bureau central, — 1867, hospice des Enfants-Assistés.

voici quel est le raisonnement, basé sur l'expérience clinique, qu'il donne pour justifier cette préférence : presque toujours c'est la *muqueuse palpébrale* qui se trouve la première et la plus gravement atteinte, c'est donc sur elle et non sur le globe oculaire qu'il faut agir : le collyre se répandant sur toutes les surfaces, si on l'emploie faible de peur d'irriter la cornée, il n'agit pas assez énergiquement sur la paupière; si, par contre, le collyre est plus énergique, il est bon pour la paupière, mais dangereux pour l'œil : c'est donc pour ainsi dire tourner dans un cercle vicieux, que M. Guéniot évite en portant directement l'agent modificateur, crayon mitigé, sur la partie malade, c'est-à-dire sur les paupières, et nous pouvons dire qu'il en obtient, au moins dans la grande majorité des exemples, de grands avantages.

De plus, les lavages qui suivent chaque cautérisation palpébrale sont faits avec de l'eau tiède et non de l'*eau salée*, qui n'est peut-être pas, selon lui, aussi inoffensive qu'on veut bien le dire : ces cautérisations sont renouvelées chaque jour tant que la maladie présente un caractère franchement aigu.

Ce chirurgien insiste aussi particulièrement sur la nécessité d'avoir des *crayons* aussi purs que possible, c'est-à-dire dont le mélange a été effectué avec tout le soin désirable : chacun d'eux doit avoir une coloration opaline uniforme et rester bien lisse même après les cautérisations : lorsqu'ils présentent des rugosités ou cristallisations, dues à des dépôts d'argent, ce qui est très-fréquent, ils sont considérés par lui comme imparfaits et capables de produire trop d'irritation sur les surfaces muqueuses qu'ils touchent.

Chez les enfants plus âgés, qui sont encore plus indociles et qui frottent sans cesse leurs yeux, ce qui favorise singulièrement l'extension de l'inflammation, le traitement précédent est moins efficace ; car l'ophthalmie ne se trouve pas limitée seulement aux surfaces muqueuses palpébrales, mais se propage aussi le plus généralement au bulbe oculaire : il emploie alors volontiers, dans ces cas, le *collyre au nitrate d'argent* dont voici les degrés de formules : $0^{gr},13$, — $0^{gr},30$, — $0^{gr},60$ pour 60 gr. d'eau.

Ils se sert aussi du *sulfate de zinc*, $0^{gr},30$ et $0^{gr},50$, toujours pour 60 gr. d'eau, à laquelle il ajoute quelques gouttes de laudanum qui donnent au collyre une couleur permettant de le reconnaître sur-le-champ et empêchant de le confondre avec les autres mélanges.

S'il existe du *chémosis*, il cautérise largement, et, si ce dernier persiste, il l'excise sur plusieurs points de sa circonférence.

2° AFFECTIONS DE LA BOUCHE.

a. BEC-DE-LIÈVRE. — *Procédé de Mirault d'Angers.* — M. Guéniot n'opère jamais le bec-de-lièvre compliqué : les jeunes enfants de l'hôpital qui en sont atteints sont du reste presque voués à une mort certaine par inanition, la déglutition étant chez eux par trop imparfaite. — Si la difformité est uni-latérale et simple, il est assez d'avis d'opérer dès les premiers jours : il n'adopte pas tel ou tel procédé à l'exclusion de tous les autres ; il choisit selon les cas : tantôt il pratique le procédé de Mirault d'Angers à un seul petit lambeau à la partie inférieure ; tantôt il conserve les deux petits lambeaux latéraux à l'exemple de Clémot, Malgaigne, Nélaton ou Henry de Nantes (avivement des deux lambeaux en biseau inverse). Les épingles sont retirées au bout de 24 heures et remplacées par une bandelette collodionnée. — Il ne garde les enfants que le moins de temps possible dans le service ; car ils ont besoin d'être alimentés (lait de nourrice) avec un soin tout particulier.

b. GRENOUILLETTE. — *Séton trempé dans la teinture d'iode.* — La grenouillette congénitale est fort fort rare, nous n'en connaissons guère que deux ou trois exemples authentiques rapportés dans les auteurs : l'un est mentionné par Stolz (1), l'autre a été observé par M. F. Guyon : c'était un kyste sublingual qui s'était développé par imperforation du conduit de Warton. M. Blachez a considéré comme une grenouillette congénitale une tumeur occupant les régions sublinguale et sus-hyoïdienne, qui s'était rompue par le passage de la tête ; il s'était écoulé, à sa rupture, beaucoup de sang mélangé à du liquide séreux : la présence du sang (la grenouillette sanguine ou tumeur érectile veineuse observée par M. Dolbeau est un fait acquis à la science) avait cependant laissé quelque doute sur la nature de la tumeur dans l'esprit de plusieurs membres de la Société de chirurgie. Enfin M. Guéniot vient d'en observer un nouvel exemple.

Chez les jeunes enfants, l'urgence de l'opération est indiquée ; car la tumeur, en prenant un volume plus ou moins considérable, peut empêcher les petits malades de téter et déterminer chez eux de l'épuisement, ainsi que cette anémie à laquelle ils sont si sujets. La thérapeutique que l'on doit employer, en ce cas, chez les très-jeunes enfants, diffère un peu de celle qui est mise en usage

(1) Stolz, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1833, p. 763.

chez l'adulte. L'excision suivie de cautérisation s'accompagne d'un gonflement et d'une suppuration qui peuvent leur être préjudiciables : l'emploi du trocart, l'injection iodée ne sont pas d'un maniement facile et peuvent donner lieu également à des phénomènes inflammatoires internes : aussi M. Guéniot a-t-il adopté le traitement par le *séton* qu'il trempe préalablement dans la teinture d'iode. C'est le professeur Laugier qui, il y a près d'un demi-siècle (1), a proposé dans cette affection l'emploi d'un petit séton fait d'un cordonnet de soie d'environ une ligne de diamètre dont l'anse est nouée, sous la langue, d'une manière lâche afin de ne pas étreindre les parties comprises. Les deux bouts coupés court sont laissés dans la bouche. M. Marjolin en a fait également l'application un certain nombre de fois. Nous l'avons vu nous-même employer par M. Richet chez une petite fille de dix ans; mais, dans ce cas, l'essai n'a pas été tout d'abord suivi de succès, parce que, dans un mouvement de mastication le fil tomba au bout de quatre jours.

Ce procédé ne détermine du reste aucune inflammation bien intense ; il n'empêche pas les enfants de téter, et, si on ne réussit pas la première fois, on répète l'opération, qui n'offre par elle-même aucune difficulté.

3° AFFECTIONS KYSTIQUES.

a. HYDROCÈLE. — *Temporisation ou simple ponction.* — D'une façon générale, M. Guéniot n'opère pas l'hydrocèle de la tunique vaginale chez les très-jeunes enfants : il regarde la communication vagino-péritonéale comme existant fréquemment et par conséquent comme pouvant entraîner de graves accidents lorsqu'on vient en ce cas à faire une injection iodée. L'hydrocèle, selon lui, guérit presque toujours spontanément au bout d'un temps plus ou moins long, et si la résorption ne s'effectue pas, on est toujours à même plus tard de combattre l'affection par la méthode classique. Cependant, si la tumeur est double et très-considérable, si la gêne qu'elle apporte aux mouvements du petit malade est trop prononcée, et si par suite du frottement incessant de ce scrotum volumineux sur la face interne des cuisses, il se manifeste de l'érythème, il fait une simple ponction, et, après avoir vidé la poche, il ne pratique pas d'injection alcoolique, ou iodée, de peur de voir l'inflammation s'étendre à la cavité péritonéale. Sur un de ces petits opérés que

(1) Sta. Laugier, *Emploi du séton dans la grenouillette* (*Journal hebdomadaire*, 1829).

nous avons vu, le liquide qu'il a extrait s'est coagulé complétement en masse comme du blanc d'œuf.

b. SPINA-BIFIDA. — *Temporisation.* — *Ponction.* — *Collodion.* — Il s'abstient également d'opérer le spina-bifida (fig. 599 et 600). La conduite qu'il tient, en pareil cas, dépend du reste de la composition de la poche et de la présence dans son intérieur des éléments nerveux.

Il s'explique difficilement la possibilité d'une oblitération (par *injection* ou *ligature*) de la communication existant entre la tumeur et le canal rachidien, car l'orifice est formé de parois cartilagineuses ou osseuses qui ne peuvent se rapprocher que par le fait du développement de l'individu. Dans l'hypothèse d'une intervention, il faudrait pouvoir déterminer si la tumeur contient ou non des nerfs, car il ne croit pas que leur section soit sans inconvénient. Il

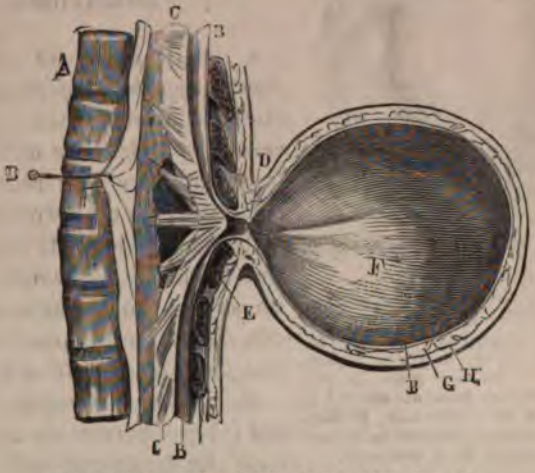


Fig. 599. — *Spina-bifida de la région dorsale.*

A, tronçon du corps des dernières vertèbres de la région dorsale, légèrement incurvées en avant ; BB, la dure-mère rachidienne, qui va doubler l'enveloppe cutanée de la tumeur ; F, cette membrane forme au niveau de l'hiatus vertébral un repli ; D, sorte de diaphragme qui rétrécit cette ouverture ; CC, la moelle épinière se détachant du corps des vertèbres pour se porter vers la fissure ; E, H, la peau, ne présentant par exception aucun point aminci ; G, une couche de tissu cellulaire séparant la peau de l'enveloppe fibreuse, qui est doublée par le feuillet pariétal de la membrane arachnoïdienne. Cette enveloppe séreuse est trop ténue pour figurer dans une coupe (Musée Dupuytren, n. 19).

a essayé quelquefois la *ponction*, mais il y a renoncé : le liquide se reproduit très-vite, puis au bout de deux ou trois ponctions, la poche s'enflamme et les enfants ne tardent pas à succomber. D'ailleurs, tous les spina-bifida ne sont pas également graves et Giraldès faisait très-judicieusement observer qu'il existait une grande différence

entre les hydrorachis de la région lombaire et celles des régions sus-diaphragmatiques, ces dernières étant incontestablement moins graves que les autres. Il n'a guère confiance dans la *compression*, et, quel qu'en soit le siége, il pense que, toutes les fois qu'on pourra suffisamment protéger la tumeur contre les irritations locales, principalement à l'aide de badigeonnages avec le *collodion*, on devra *s'abstenir* de toute intervention opératoire.

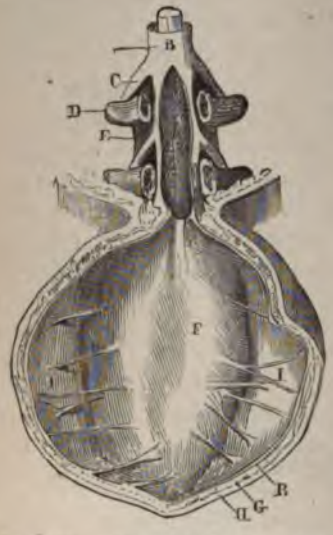


Fig. 600. — *Spina-bifida de la région dorsale.*

B, dure-mère rachidienne ; C, moelle épinière ; E, fissure ; F, tumeur ; G, couche de tissu cellulaire séparant la peau de l'enveloppe fibreuse ; H, la peau ; I, filets nerveux à l'intérieur de la poche. Le plus souvent, après avoir formé des reliefs à la surface interne de la dure-mère, les filets nerveux s'aplatissent, s'étalent ou se perdent dans l'épaisseur de la membrane.

4° AFFECTIONS DES OS ET DES ARTICULATIONS.

a. FRACTURE DE LA CUISSE. — *Nouvel appareil en gutta-percha.* — Chez les nouveau-nés il est souvent très-difficile de maintenir les fragments dans une réduction satisfaisante, car ces derniers ont, par suite des mouvements des enfants, une tendance incessante à former un angle ; il n'est pas non plus facile d'entretenir l'appareil dans un état de propreté suffisant.

M. Guéniot a imaginé un appareil (1) qui permet de mieux contenir les fragments osseux, d'obtenir une consolidation régulière et rend les soins de propreté aussi aisés que possible. Il se compose de *deux gouttières en gutta-percha* solidement unies l'une à l'autre : la *première*, d'après la description qu'en fait l'inventeur lui-même, est de dimensions proportionnées au volume de l'enfant et destinée à recouvrir les deux tiers antérieurs de la circonférence du tronc, et cela dans une hauteur d'environ 10 centimètres à partir des pubis ; un trou pratiqué en son milieu reçoit le cordon ombilical dont il est facile de surveiller la chute : la *seconde gout-*

(1) Guéniot, *Bull. de thérapeut.*, 1872 ; *Société anatomique* et *Société de chirurgie*, 1873.

tière, très-inférieure à la première, quant aux dimensions, lui est unie angulairement au niveau du pli de l'aine ; elle est destinée à entourer les deux tiers supérieurs de la cuisse fracturée, mais seulement dans la moitié antéro-externe de sa circonférence. L'angle d'union des deux gouttières est ouvert en avant et n'a d'autre objet que de permettre, dans une certaine mesure, la flexion de la cuisse sur l'abdomen.

Cet appareil, qui a son point d'appui sur le ventre, n'offre pas de tendance au déplacement, ne comprime le membre qu'au niveau de l'angle des fragments et laisse à découvert toutes les parties qui peuvent être souillées par les déjections. M. Guéniot préfère de beaucoup cet appareil à celui qui est composé d'ouate recouverte d'un large morceau de *store* et qui nous a paru cependant rendre de grands services dans les autres hôpitaux d'enfants. Le Dr Hennequin a imaginé pour la mensuration des membres inférieurs un procédé fort ingénieux dont la figure ci-jointe nous dispense de toute description. Par ce procédé on évite les erreurs auxquelles exposent les autres méthodes de mensuration (fig. 601).

b. OSTÉITE SUPPURÉE. — *Incisions.* — *Injections désinfectantes.* — Très-grave chez les très-jeunes enfants, elle entraîne même la mort dans le plus grand nombre des cas. Le mieux est d'*évacuer le pus* par des incisions, de faire des pansements assez fréquents et des lavages et injections soit alcoolisés, soit légèrement phéniqués. Combattre les phénomènes généraux par une thérapeutique fortifiante, très-souvent mal supportée par les malades qui sont rapidement pris de fièvre hectique.

c. COXALGIE. — *Immobilisation.* — *Appareil silicaté.* — La coxalgie marche aussi chez les enfants avec une rapidité très-grande ; parfois les lésions mettent très-peu de temps à se généraliser et à affecter tout à la fois la synoviale, le tissu osseux et les cartilages (dégénérescence granulo-graisseuse de leurs éléments cellulaires). Immobilisation et application d'un appareil inamovible (silicaté).

d. DÉFORMATION SPÉCIALE DU CRANE, DITE OBLIQUITÉ PAR PROPULSION UNILATÉRALE. — *Mesures hygiéniques.* — *Décubitus indifférent.* — M. Guéniot a observé et décrit chez certains enfants du premier âge un type particulier et uniforme de déformation assez fréquente du crâne qui affecte dans la majorité des cas le côté droit et qui est due simplement à une cause mécanique, c'est-à-dire *à une pression trop prolongée* (conséquence du décubitus) sur la région occipito-pariétale droite. Voici en quoi consiste cette déformation qui est mise hors de doute aujourd'hui par de nombreuses observations

cadavériques et que l'on peut facilement constater sur le vivant

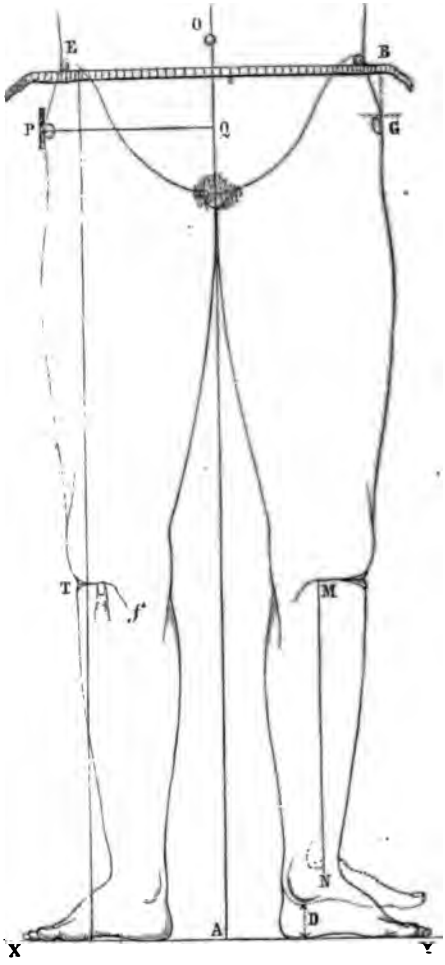


Fig. 601. — *Nouveau procédé de mensuration pour les membres inférie*
(*Dr Hennequin.*)

OA, axe du corps; EB, mètre ruban passant transversalement au-dessus des deu
iliaques antéro-supérieure; F, cordonnets représentant la ligne inter-articulaire du g
placés perpendiculairement au-dessus de l'épine du tibia T; ET, ligne parallèle à l'axe d
allant de l'épine iliaque au cordonnet; devant être toujours droite, elle sera prise à v
seau dans les cas de courbures exagérées du fémur; P, plaque appliquée sur la face ext
grand trochanter; PQ, distance séparant le grand trochanter de l'axe du corps; GB,
séparant le grand trochanter de l'épine iliaque; N, malléole interne; MN, longueur d
D, distance séparant la face plantaire du sol, XY.

se plaçant derrière l'enfant, en maintenant la tête du sujet bien

et en l'examinant d'une façon perpendiculaire (fig. 602). On observe alors : 1° un aplatissement de la région occipito-pariétale droite et au contraire une saillie exagérée de la même région du côté gauche; 2° une exagération du frontal droit et au contraire une diminution

Fig. 602. — *Crâne d'un enfant de* 18 *mois, mort d'épuisement avec abcès.*

Figure réduite au quart. Obliquité par propulsion unilatérale, telle qu'elle se présente quand on regarde de haut en bas (ce procédé d'exploration est celui qui met le mieux en évidence l'ensemble de la déformation). *Bull. de la Société de chirurgie* 1869, p. 383.

(ou au moins la courbure normale) du frontal gauche; 3° une convexité légère de la région fronto-pariétale droite et un léger angle rentrant ou dépression de la même région du côté gauche. Il en résulte que la boîte crânienne n'est plus symétrique et représente *un ovale oblique par rapport à la face*, comme on le voit dans la figure ci-jointe. Sa face postérieure en effet ne regarde plus directement en arrière comme cela a lieu, à l'état normal, mais d'une façon oblique en arrière et à droite.

D'autre part, la région frontale, étant également asymétrique, n'est pas dirigée en avant, mais bien en avant et à gauche; enfin la région antéro-latérale ou fronto-pariétale est un peu plus convexe du côté droit, tandis qu'elle est aplatie et présente même un angle un peu rentrant à gauche. M. Guéniot a eu la bonté de me donner à examiner trois crânes desséchés où cette obliquité par propulsion unilatérale droite ne pouvait certes être mise en doute ;

l'un avait appartenu à un enfant de quarante-six jours, les deux autres à des enfants de dix mois et de dix-huit mois chez lesquels plusieurs soudures étaient complètes. J'en ai vu encore un autre qui venait d'être autopsié à l'hôpital et chez lequel cette propulsion portait non-seulement sur la calotte, mais sur la base du crâne : le rocher droit était rejeté sur un plan plus antérieur (d'où asymétrie des oreilles dont la droite est plus en avant) et son diamètre longitudinal avait diminué au profit de l'épaisseur : en un mot, l'obliquité était aussi évidente sur la face interne et sur la base que sur la surface extérieure. Enfin, nous avons constaté cette déformation sur le vivant chez un certain nombre d'enfants de 5 à 10 ans en examinant leur crâne par derrière et d'aplomb. Parfois, mais beaucoup plus rarement, l'obliquité siége à gauche ; elle est la même, mais on le comprend, en sens opposé. Cette déformation n'a du reste aucun retentissement sur le cerveau et n'agit pas sur l'intelligence du sujet. Cependant M. Broca a vu dans plusieurs cas une diminution de 2 à 5 grammes dans le poids de l'hémisphère correspondant; une seule fois elle s'est rencontrée chez un enfant idiot, et dans trois autres exemples les sujets étaient hydrocéphales : on comprend que chez ces derniers la disposition dont nous parlons ait tendance à se produire pendant un laps de temps plus long, par ce fait que chez eux l'ossification des sutures est toujours retardée.

La *thérapeutique* de cette conformation vicieuse se déduit naturellement de la cause essentiellement mécanique qui lui a donné naissance.

De même qu'une sphère composée de pièces distinctes et par conséquent mobiles peut se déformer si elle séjourne toujours du même côté sur un plan résistant, de même le crâne, chez les enfants nouveau-nés, en reposant dans un décubitus qui est sans cesse le même, peut devenir le point de départ de cette obliquité unilatérale.

Cette déformation, dit M. Guéniot, siége presque toujours à droite : nous avons en effet été frappé en entrant dans la belle salle qui sert de crèche, dans cet hôpital, de voir tous ces petits êtres alignés les uns à côté des autres en reposant *invariablement* sur le côté droit du crâne.

C'est donc par des *mesures hygiéniques* et des précautions en rapport avec le mode de développement de cette déformation qu'on peut arriver soit à la prévenir, soit à la combattre, si les pièces du crâne sont encore mobiles les unes sur les autres, condition indispensable pour qu'on puisse y porter remède. Voici quelles sont les

règles générales auxquelles M. Guéniot conseille de se soumettre.

A. *Traitement prophylactique*. — Éviter d'adopter un décubitus exclusif soit à droite, soit à gauche : coucher l'enfant tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, c'est-à-dire dans le *décubitus indifférent*.

Disposer le berceau de façon à éviter que l'enfant ne tourne toujours la tête du côté de la lumière, ce qui est chez lui un mouvement spontané, naturel, instinctif : pour cela, placer le lit de manière à ce que les deux yeux reçoivent toujours la même quantité de lumière : tenir l'enfant très-souvent dans les bras et reposant soit du côté droit, soit du côté gauche et ne pas le laisser trop longtemps dans le lit : à ce propos nous dirons que les petites voitures d'enfants, dont on fait un si grand abus depuis quelque temps, ne peuvent jouer à cet égard qu'un rôle pernicieux et contribuer pour leur part à cette déformation.

B. *Combattre ce vice de conformation*. — Décubitus exclusif du côté opposé à l'obliquité unilatérale. Lorsque les sutures sont ossifiées, on ne peut espérer corriger la difformité qui persiste alors pendant toute la vie. Il n'est pas rare de rencontrer des têtes d'adultes offrant cette disposition à des degrés plus ou moins marqués. M. Guéniot nous a montré des mesures circonférentielles de la tête qu'il s'était procurées *chez des chapeliers* et qui dénotaient cette déformation d'une façon évidente.

5° AFFECTIONS UTÉRINES.

a. CEINTURE A PRESSION INGUINALE. — Dans la séance du 1er mars 1876, M. Guéniot a présenté à la Société de chirurgie une nouvelle ceinture (*ceinture à pression inguinale*) (fig. 603), imaginée par lui dans le but de remédier à certaines douleurs provoquées par les déplacements utérins. Cet appareil se compose essentiellement d'un bandage inguinal double dont les ressorts sont plus doux, les pelotes moins épaisses, plus allongées et plus élastiques que dans le bandage ordinaire. En outre, les deux pelotes se trouvent antérieurement reliées entre elles par un petit arc rembourré unifiant l'action des ressorts. La ceinture ainsi constituée est ouverte en arrière seulement et se ferme et s'ouvre comme les bandages ordinaires à l'aide d'une courroie trouée qu'on fixe à un petit bouton. — Son emploi, de même que sa composition, est donc de la plus grande simplicité. — Voici, d'après M. Guéniot, quels sont les avantages que présente cette ceinture :

1° Elle s'applique sur les points les moins résistants de la paroi

abdominale, tandis que l'hypogastrique exerce sa pression au niveau de l'extrémité inférieure des muscles droits; extrémité déjà renforcée par les muscles pyramidaux.

2° La ceinture inguinale comprime et soutient les régions mêmes

Fig. 603. — *Ceinture à pression inguinale du Dr Guéniot.*

où la douleur est généralement ressentie, tandis que la ceinture hypogastrique ne présente pas le même avantage, excepté dans quelques cas très-spécieux.

3° La nouvelle ceinture peut s'adapter à toutes les formes d'abdomen, tandis que l'ancienne n'est d'aucun secours pour les femmes maigres dont le ventre est dépourvu de saillie.

4° Enfin la ceinture inguinale bien faite ne détermine, dans les

Fig. 604. — *Hystérophore de Grand-Collot.*

diverses attitudes de la malade, aucune pression pénible, tandis que la ceinture hypogastrique, malgré les modifications qu'on lui a

fait subir, froisse souvent d'une manière très-douloureuse les parties molles contre le pubis.

Cette ceinture présente quelque analogie avec celle à deux petites pelotes latérales construites par Raspail et avec celle de Grand-Collot, moins l'hystérophore à col de cygne suspenseur du pessaire bien entendu (fig. 604).

b. POLYPES UTÉRINS. — *N'abaisser ni la matrice ni la tumeur. — Constricteur introduit comme le forceps.* — Ce chirurgien (1) pense que certains polypes inclus dans la matrice, comme le représentent les deux figures ci-jointes (fig. 605 et 606), peuvent être avantageu-

Fig. 605. — *Exemple de polype à pédicule très-mince inséré sur le fond de l'utérus.*

La chute de ce polype s'est opérée spontanément, et la femme est morte, quelques jours après d'une maladie de poitrine ; A, polype ; B, pédicule du polype ; C, bord de l'orifice intérieur de l'utérus.

sement excisés de bonne heure, c'est-à-dire avant leur engagement dans la cavité du vagin : il met en usage une simplification opératoire dont les deux points principaux sont : 1° la suppression de l'abaissement préalable soit de la tumeur, soit de la matrice ; 2° l'application sur l'extrémité adhérente du polype, d'une anse métallique solide que l'on porte à l'aide du constricteur de Maisonneuve jusque dans la matrice, en suivant, à cet effet, *le mode d'introduction des*

(1) *Bull. de la Soc. chir.*, t. I, n° 1, 1875.

branches du forceps dans la cavité de cet organe. Il procède ainsi :

L'anse du constricteur (fig. 607) étant inclinée sur la tige suivant un angle approprié (généralement 120°), on manœuvre l'instrument

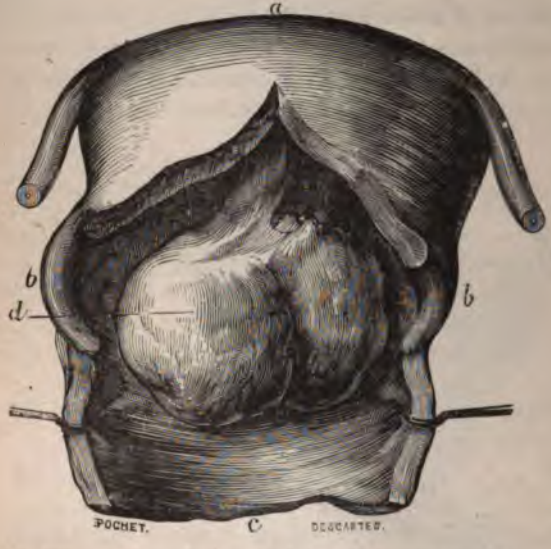


Fig. 606. — *Polype fixé au fond de l'utérus par un pédicule volumineux (la tumeur a passé dans le vagin).*

a, fond de l'utérus, la paroi antérieure de l'organe est ouverte pour faire voir la tumeur et l'implantation du pédicule ; *bb*, section en deux parties du museau de tanche ; *c*, vagin ; *d*, polype.

Fig. 607.— *Constricteur de Maisonneuve.*

à la manière d'une branche de forceps, portant deux doigts dans le vagin jusqu'au contact du polype, on les introduit de la longueur d'une demi-phalange au moins entre ce dernier et l'orifice utérin : puis, le long de ces doigts pris pour guides, on fait glisser l'anse métallique jusqu'à l'ouverture de la matrice ; arrivée à ce point, l'anse doit être dirigée de façon que son sommet s'engage dans l'utérus par le côté opposé à celui qu'occupaient les doigts : ceux-ci en effet se déplacent momentanément pour favoriser cet engagement. L'axe de la tumeur répond ainsi au vide de l'anneau constricteur : les deux doigts intra-vaginaux étant ainsi ramenés à leur première position, le chirurgien fait pénétrer entre eux et le polype la racine de l'anse en même temps que la tige du serre-nœud. De cette façon, la tumeur s'engage par son extrémité dans l'anneau

métallique, et il suffit alors, pour arriver à son attache, de pousser avec douceur jusqu'au fond de l'utérus. Le pédicule se trouve ainsi entouré de la corde métallique et celle-ci en effectue, par le jeu du constricteur, la section complète. Moyennant ces dispositions, l'ablation des polypes encore retenus dans l'utérus est une opération parfaitement exécutable avec sécurité et succès. Afin d'éviter les hémorrhagies, il convient de n'effectuer la section qu'avec lenteur; de plus, l'anse metallique doit être formée de 5 ou 6 fils étroitement tordus, de façon à constituer une corde résistante, homogène, et d'un diamètre d'au moins 3 millimètres. M. Guéniot fait de plus immobiliser la matrice à l'aide d'une pression légère sur le fond de l'organe, pour faciliter l'introduction du serre-nœud jusqu'au point qu'il doit occuper.

Marion Sims recommande surtout en pareil cas l'écraseur de Chassaignac, auquel il a ajouté une pièce mobile (porte-chaîne) semblable à une paire de pinces à dilatateurs avec branches flexibles qui tendent la chaîne pour pouvoir l'introduire facilement et qui la dilatent, une fois introduite, pour l'engager facilement autour du pédicule (fig. 608, 609 et 610).

La figure 608 représente l'écraseur avec son porte-chaîne tout prêt à être employé. Ainsi disposé, il est passé dans le vagin ou dans la cavité de la matrice ; l'anneau *b* est alors poussé en avant et fixé au point voulu par la crémaillère qui traverse le manche de l'instrument ; ce mouvement étend les branches flexibles du porte-chaîne dans le manche de l'instrument, permet d'élever l'anneau *b* et de le tirer en arrière, en ligne droite, de trois à quatre pouces, tandis que l'instrument est poussé en avant le long de la chaîne, absolument comme s'il n'y avait pas eu de porte-chaîne. Celui-ci ne doit pas être entièrement séparé de l'écraseur ; il reste dans le manche jusqu'à ce que l'opération soit finie. — La figure 609 représente le porte-chaîne détaché de l'écraseur, dans le but d'en montrer le mécanisme. Lorsque l'anneau *b* est poussé en avant, *e* étant un point fixe, comme le font voir les figures 609 et 610, les articulations *d*, *d*, doivent nécessairement s'écarter en étendant les branches *c*, *c*, qui retiennent avec sûreté la chaîne dans leurs oreilles *f*, *f*, *g*, *g*, et lui donnent tout le développement voulu, comme le représente la figure 610. — La figure 610 montre les angles ou articulations *d*, *d*, se projetant par les ouvertures pratiquées sur les côtés du manche. La seule chose nécessaire pour assurer la manœuvre parfaite de l'instrument consiste en ce que le pivot *e*, représenté dans les trois dessins, soit tout à fait à l'extrémité de la rainure, au haut de l'instrument. Si, par

hasard, il n'était pas à cette place, articulations *d*, *d*, n'auraient pas liberté de s'étendre et de se proje excentriquement par les fentes la rales destinées à permettre ce jeu. chaîne est manœuvrée par une crém lère logée dans le manche *g* (fig. 60 Lorsque le bouton *a* est poussé vers

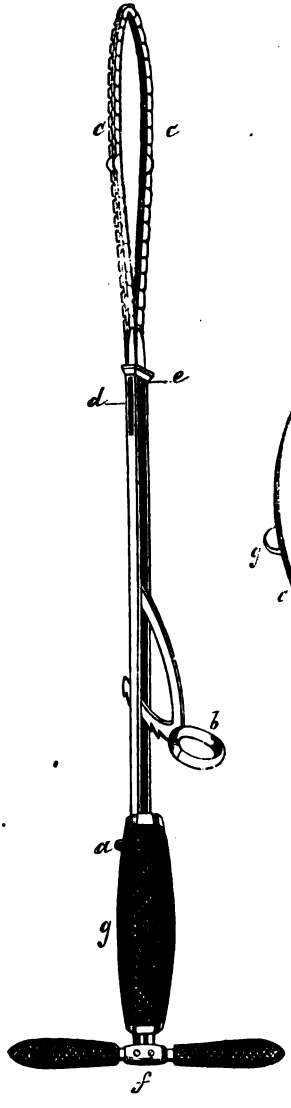


Fig. 608. — *Écraseur muni du porte-chaîne (l'instrument est vu fermé).*

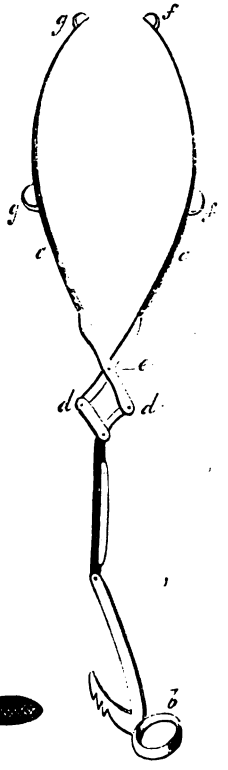


Fig. 609. — *Porte-chaîne.*

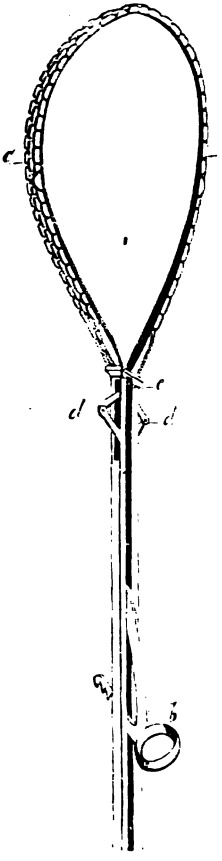


Fig. 610. — *Le porte chaîne dilatant chaîne.*

les dents de la crémaillère s'engrènent dans les entailles pratiqu aux côtes des deux longues tiges qui, partant de *f*, se prolong

ns toute la longueur de l'instrument; lorsque la crémaillère
t dirigée vers *d*, les dents s'élèvent au-dessus de ces entailles, et
chaîne et le porte-chaîne peuvent librement être portés en haut
1 en bas du manche, comme le piston d'une seringue. Cette par-
: du mécanisme est absolument la même que dans l'instrument
: M. Chassaignac, si ce n'est qu'elle est simplifiée, cachée à l'œil
nullement embarrassante pour l'opérateur. Ce système est fort
génieux, mais M. Guéniot ne l'emploie pas, la manœuvre de cet
strument n'étant pas aussi facile que veut bien le dire l'auteur.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE

(VIEILLESSE, FEMMES)

M. LE DOCTEUR Ch. PÉRIER (1)

1° AFFECTIONS DU TUBE INTESTINAL.

HERNIE ÉTRANGLÉE. — *Tentatives de réduction.* — *Méthode de la suspension.* — *Position déclive avec flexion du rachis.* — Lawrence dans son *Traité des hernies* condamne le procédé ancien qui consiste à suspendre le malade par les pieds, la tête pendante. Il le repousse comme barbare et inefficace, car, dans cette position, les parois abdominales sont au moins aussi tendues que dans le décubitus horizontal. Daniel Leasure, cité par M. Garnier, a remis cependant ce procédé en vigueur, l'a employé avec succès et le préconise (2). Il corrige la *méthode de la suspension* dans ce qu'elle a de vicieux et de barbare. Voici comment il l'applique. Les jambes du malade étant passées sur les épaules d'un aide, il est soulevé hors du lit jusqu'aux épaules seulement qui reposent, avec la tête, sur le plan du lit. Une incurvation de la colonne vertébrale en résulte qui relâche suffisamment la paroi abdominale antérieure pour que les viscères se trouvent abandonnés dans une certaine limite aux effets de la pesanteur. De là les bons effets qu'il en a obtenus constamment après l'insuccès des autres moyens.

C'est ce même procédé, connu déjà depuis longtemps, mais tombé en discrédit, que M. Périer a mis en usage, avec un plein succès, sur un malade de la Charité (septembre 1874) dont il a lu l'observation à la Société de chirurgie au mois de novembre de la même année.

(1) 1872, Chirurgien du Bureau central ; — 1876, Hôpital de Lourcine ; — 1877, Chirurgien de la Salpêtrière.

(2) D. Leasure, *Tractile method of reducing strangulated hernia* (*American Journal of the med. sciences*, avril 1874).

Un homme de 65 ans portait depuis 40 ans une volumineuse hernie inguino-scrotale droite grosse comme un œuf d'autruche, qui s'étrangla : tumeur rouge, tendue, luisante, volumineuse, douloureuse surtout au niveau de l'anneau ; ballonnement considérable du ventre, absence de selles, vomissements incessants. Taxis à la main pendant une demi-heure, aucun résultat ; nouveau taxis avec et sans chloroforme, rien. Facies pas très-altéré, pas d'algidité, matité à la percussion, fluctuation décelant beaucoup de liquide. L'étranglement remontait déjà à 46 heures.

Tout étant près pour la kélotomie, M. Périer eut l'idée d'essayer le procédé par suspension : il chargea un infirmier de prendre sur ses épaules les jambes du malade et de le soulever de façon à ce qu'il n'y eût que la tête et la partie supérieure du tronc qui reposassent sur le lit. Dans cette situation déclive, le corps décrivit une concavité antérieure, et les parois de l'abdomen se relâchèrent immédiatement par suite de la forte flexion imposée à la colonne vertébrale. Après un vomissement immédiat, M. Périer saisit de la main gauche le pédicule de la hernie qu'il éleva en haut, tandis qu'il en comprimait le sommet avec la droite. Il sentit la tumeur diminuer lentement et graduellement jusqu'à moitié de son volume. Elle était devenue pâteuse par place, le liquide contenu dans l'intérieur du sac étant rentré, en deux minutes, dans la cavité abdominale : il ne restait plus que l'intestin et de l'épiploon.

Le malade fut replacé dans le décubitus dorsal et la réduction du reste de la hernie s'opéra avec un bruit de gargouillement. Deux selles eurent bientôt lieu dans la nuit et huit jours après le malade quittait l'hôpital complétement guéri.

Encouragé par ce résultat presque inespéré, M. Périer se promet, en pareille circonstance, d'y avoir toujours recours avant de faire la kélotomie. Réussira-t-il dans toutes les variétés de hernies et ce procédé ne convient-il qu'au genre de hernie à laquelle il avait eu affaire ? c'est ce que l'avenir nous apprendra.

2° AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES (HOMME ET FEMME).

a. VARICOCÈLE. — *Procédé de Jobert, striction des veines par un fil d'argent.* — Périer croit (1) que, hormis les cas où la varicocèle peut être rapportée à une cause matérielle, palpable, entravant directement la circulation veineuse, comme tumeurs inguinales ou abdo-

(1) Ch. Périer, Th. inaug., 1864, p. 30.

minales de toute nature, on l'observe le plus souvent chez des individus lymphatiques à système musculaire peu développé. Ces individus ayant des veines à parois moins résistantes, moins pourvues de valvules, la contraction musculaire entrave chez eux la circulation au lieu de la favoriser, et s'ils se livrent à des excès vénériens, s'ils exercent une profession exigeant la station debout longtemps prolongée, accompagnée ou non d'efforts, ils sont presque infailliblement voués à cette affection.

Dans ses recherches sur *l'anatomie et la physiologie des veines spermatiques*, ce chirurgien est d'avis qu'il faut tenir plus de compte que l'on n'a semblé le faire jusqu'à présent du *faisceau des veines funiculaires :* celles-ci, en effet, par leur origine, leur volume et leur situation peuvent à elles seules bien expliquer certaines contradictions survenues entre les auteurs à propos de la varicocèle.

On sait en effet que l'opération de la varicocèle est souvent suivie de récidive et que dans certains cas on a pu observer consécutivement l'atrophie du testicule. Ces différences s'expliquent très-bien par suite de la disposition propre à ces veines. Presque jamais en effet, dans cette opération, on ne lie le faisceau des veines funiculaires sur lequel M. Périer insiste longuement dans sa description anatomique. On laisse donc intactes, en même temps que ces veines, l'artère funiculaire, l'artère déférentielle. La circulation dans ce cas est assurée, et le testicule ne s'atrophie point.

Il pense que l'un des moyens de rendre moins fréquente la récidive serait de faire porter à l'opéré un suspensoir. En effet, l'emploi de cet appareil soulage ordinairement les malades.

Jobert de Lamballe, dans les leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu, faisait la remarque suivante : que si le suspensoir rendait la varicocèle stationnaire, son emploi avant le début du mal devait avoir pour effet d'empêcher le mal de se produire : *aussi proposait-il avec raison l'emploi du suspensoir comme pièce habituelle du vêtement* à partir de l'âge de la puberté et même plutôt. Si cet usage ne faisait pas disparaître complétement la varicocèle du code nosologique, au moins la rendrait-il à coup sûr très-rare, peut-être aussi nombre d'autres affections des bourses se montreraient-elles également dans des proportions moindres. C'est une opinion à laquelle se rallie complétement M. Périer.

Ce n'est que lorsque la varicocèle est le siége de douleurs rebelles qui n'ont pu être soulagées par l'emploi du suspensoir et que le malade réclame impérieusement une opération, qu'on doit intervenir.

Il ajoute grande confiance au procédé par *striction des veines avec un fil d'argent* qu'il a vu appliquer plusieurs fois avec succès pendant son internat à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Jobert (fig. 611).

Voici comment se pratique cette opération qui est décrite dans sa thèse inaugurale :

Les veines dilatées ramenées au-devant du canal déférent C, dans un pli de la peau, on traverse la base de ce pli à l'aide d'un fil d'argent. Les deux chefs du fil sont alors engagés dans un trou placé au sommet d'un petit triangle métallique T creux, dit fixe-nœud et dont la base surmontée de deux oreilles O permettent de fixer le fil F, après qu'une striction nécessaire a été opérée sur les parties embrassées par son anse, parties comprenant les veines V et la peau du scrotum S. Comme le fil n'est fixé qu'à l'aide d'un simple enroulement autour de ces oreilles, rien n'est plus simple que de le dérouler à volonté pour le serrer davantage, et cela pendant tout le temps que la section des parties molles met à s'accomplir. M. Périer n'a jamais vu aucun accident résulter de l'emploi de ce fixe-nœud si léger et si peu volumineux. Il pense que, dans bon nombre de circonstances, il peut avantageusement remplacer un serre-nœud, toujours plus compliqué, muni de vis susceptibles de se déranger et au résumé plus dispendieux par ce fait.

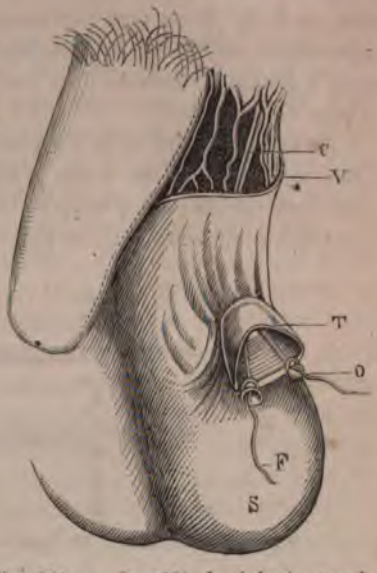


Fig. 611. — *Procédé de Jobert pour la varicocèle (striction des veines par un fil métallique).*

Jobert appliquait d'ordinaire trois ligatures métalliques également distinctes entre le testicule et l'anneau inguinal et préférait embrasser la peau dans l'anse du fil parce que le tissu inodulaire qui se forme dans ce cas est plus épais, plus solide que dans le cas de ligature sous-cutanée et semble s'opposer plus facilement au retour de la varicocèle, par quelque veine restée libre entre la peau et le paquet vasculaire sectionné.

Ce fixe-nœud T peut très-bien s'appliquer d'ailleurs à la ligature

sous-cutanée par le procédé de Gagnebé. Dans ce procédé, après avoir passé comme précédemment un fil derrière les vaisseaux spermatiques, on fait suivre à l'un des bouts un trajet inverse en passant au-devant des vaisseaux au-dessous de la peau. Ainsi les deux chefs du fil sortent par un même orifice, et le reste de l'anse entièrement caché dans le scrotum entoure complétement les vaisseaux à détruire. Rien de plus facile alors que de serrer cette anse à l'aide du fixe-nœud.

Il préfère cette méthode à la cautérisation dont Valette (de Lyon) a fait connaître (1) un mode particulier auquel il a dû, dit-il, de nombreux succès : l'appareil de Valette se compose (fig. 612) de deux tiges identiques réunies par deux vis C,C. Chaque tige se com-

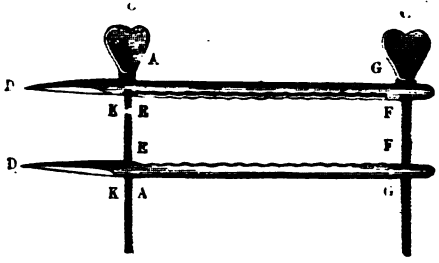


Fig. 612. — *Appareil de Valette (de Lyon) pour la varicocèle.*

pose de deux parties : la partie AG arrondie extérieurement offre du côté opposé une surface plane : sur cette face, la tige est creusée d'une gouttière FE destinée à recevoir de la pâte de chlorure de zinc. La seconde partie D est taillée sur le modèle des aiguilles à séton : elle est unie à la première par un pas de vis situé au niveau de la lettre K.

Le sujet debout, afin que les veines soient bien gonflées, le chirurgien isole le canal déférent et l'attire en arrière ; un aide soulève la partie du scrotum qui renferme les veines; l'une des tiges garnies de caustique est poussée, au travers du scrotum, *entre les veines et le canal déférent*. Ce premier temps accompli, la pointe DK est dévissée rapidement et le malade se place sur son lit. La deuxième tige, également chargée de caustique, traverse alors le scrotum, en passant par les ouvertures d'entrée et de sortie de la première tige, mais entre la peau et les veines. Les veines sont naturellement comprises entre les tiges : il ne reste plus qu'à dévisser sur la pointe DK de la deuxième tige et à faire agir la vis C pour

(1) *Arsenal de la chirurgie*, de Gaujot et Spillmann, t. II, p. 678.

rapprocher les deux tiges A,G qui coupent les veines par l'action simultanée de la compression et de la cautérisation. L'appareil reste en place pendant trois jours : le troisième jour, après avoir enlevé les deux vis C, on retire successivement les deux tiges A,G et l'opération est terminée.

b. VÉGÉTATIONS VULVAIRES. — *Emploi de la ligature élastique.* — L'emploi des ciseaux et du bistouri donnant lieu, en pareil cas, un écoulement sanguin parfois extrêmement considérable, M. Périer aime mieux faire usage des cautérisations répétées avec l'acide chromique ou le nitrate acide de mercure. L'application de ce dernier caustique est plus douloureuse. Il donne la préférence toutefois lorsque ces végétations sont pédiculisées ou pédiculisables à la *ligature élastique.* Il se sert, à cet effet, d'un fil carré de 2 millimètres de côté, environ, dont il a le soin d'essayer à plusieurs reprises la résistance avant de l'appliquer. Si les végétations sont très-nombreuses et constituent des *paquets de choux-fleurs*, il les détruit par département et non en une seule séance. Pour cela faire, il transperce la base de chacun de ces départements avec une grande aiguille courbe armée du fil élastique plié en deux ; il coupe l'anse et étreint la masse avec chacune des moitiés, d'un côté, puis de l'autre. Au bout de quelques jours la mortification est complète.

c. CALCUL DE LA VESSIE (femme). — *Taille uréthrale.* — D'après la statistique de Walshain, chirurgien de l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres, qui comprend 63 cas de calculs, la lithotritie est une mauvaise opération chez les petites filles. Aussi, chez les enfants, M. Périer est-il peu partisan de cette méthode. La première tentative doit être la dilatation, à moins d'un calcul très-volumineux qui exige la taille hypogastrique, procédé qui est par trop tombé en désuétude de nos jours, et qui avec le perfectionnement apporté à son manuel opératoire peut rendre incontestablement de fort grands services : la taille vaginale, malgré la suture, peut laisser après elle une fistule vésico-vaginale : quant à l'incontinence, M. Périer ne pense pas que la taille uréthrale l'entraîne aussi souvent que veut bien le dire M. Verneuil. Il ne croit pas non plus que la taille uréthrale ne donne pas plus de place que la dilatation : les observations prouvent le contraire, puisque des calculs qu'on n'avait pu extraire par la dilatation ont été retirés par la taille uréthrale.

3° AFFECTIONS DE LA MAMELLE.

CARCINOME DU SEIN. — *Ligature élastique.* — C'est encore à la li-

gature élastique que M. Périer a recours dans les tumeurs cancéreuses ou les cysto-sarcomes du sein bien limités chez les femmes âgées où il y a toujours grand intérêt à ménager l'écoulement du sang. L'opération, d'une grande simplicité d'ailleurs, consiste à traverser la base de la tumeur avec un fil de caoutchouc dont on serre ensuite les anses au-dessous de broches préalablement introduites. La tumeur, qui conserve dans les premiers jours une teinte rouge, devient livide, se gangrène et finit par tomber ; la suppuration est réduite à son minimum et, lors de la chute de la masse mortifiée, la cicatrisation est déjà bien avancée et s'achève sous un pansement simple alcoolisé. C'est ce procédé qu'il a mis en usage à la Salpêtrière chez une vieille femme âgée de 84 ans très-affaiblie, emphysémateuse qui portait depuis 24 ans un cysto-sarcome du sein de la grosseur du poing, mobile et se détachant par son seul poids des parties sous-jacentes.

L'emploi de la ligature élastique est, selon lui, préférable chez les vieillards à toute autre méthode : non-seulement on peut par ce moyen conjurer les pertes de sang que donne l'instrument tranchant, mais la cicatrisation est plus rapide qu'avec le galvano- ou thermo-cautère, dont M. Périer fait fréquemment usage pour l'exécution de ses opérations ; enfin elle n'exige point l'anesthésie. Il recommande de porter d'emblée à son maximum la striction des fils élastiques pour n'avoir pas à les resserrer les jours suivants, ce qui évite de raviver les souffrances de la malade.

4° AFFECTIONS DU CRANE.

FRACTURE DU CRANE AVEC ENFONCEMENT. — *Trépanation.* — Chez les enfants les dépressions traumatiques de la voûte crânienne guérissent souvent sans laisser à leur suite autre chose que leur trace extérieure ; aussi M. Périer ne croit pas indispensable en ce cas de faire une intervention hâtive. Mais si à une température élevée vient se joindre une dépression du pouls, une céphalalgie de plus en plus intense et des vomissements, s'il survient surtout des attaques épileptiformes, il pense qu'il faut appliquer le trépan : chloroformisation, incision cruciale suffisante pour mettre à nu le foyer de la fracture ; trépan : enlever une première rondelles puis successivement des demi-rondelles jusqu'à ce qu'on ait assez de jour pour enlever les aiguilles et remettre à l'aide d'une élévation le fragment enfoncé de niveau avec la voûte.

C'est la conduite qu'il a tenue et avec succès chez la petite malade

dont il a lu l'observation à la Société de chirurgie (1). Dans ce cas, il existait une particularité, savoir : que la table interne n'était pas brisée au même niveau que le reste de la paroi : elle formait une fracture à part. Abstraction faite des esquilles, il y avait deux fragments : l'un superficiel plus large ; l'autre profond plus petit : le premier continuait avec la voûte par son côté externe ; le fragment profond au contraire adhérait par son côté interne à l'encadrement de la dépression. Le fragment superficiel, en l'enfonçant, avait nécessairement pressé sur le fragment profond, tout près du point d'attache de ce dernier, et l'avait dressé à angle droit sur la face interne de la voûte. Il attribue à l'action de ce fragment ainsi redressé les phénomènes observés avant l'opération.

5° PLAIES.

PANSEMENT DES PLAIES. — *Chloral.* — *Huile phéniquée.* — *Acide salicylique.* — Outre le pansement alcoolisé, M. Périer fait souvent usage de la solution aqueuse de *chloral* au 100e qu'il considère comme un bon agent de désinfection. Il a également expérimenté l'usage de l'*huile phéniquée* qu'il emploie comme topique dans certains cas et en ayant soin de recouvrir la compresse qui en est imbibée par un morceau de toile gommée : c'est surtout à la Pitié qu'il en a fait usage :

Acide phénique.....	10 grammes.
Huile d'olive.....	80 —

et principalement dans les cas de resection ou évidement des os. Il attribue une action antiputrescible à ce mode de pansement qui exerce aussi sur la plaie osseuse et cutanée une modification propre à hâter la cicatrisation. Ses expériences ne sont pas assez nombreuses cependant pour qu'il puisse en tirer des conclusions définitives.

Enfin, à l'exemple de Tiersch de Leipzik, il a aussi mis en pratique le pansement à l'*acide salicylique* qui a le grand avantage de ne point avoir l'odeur pénétrante et désagréable, quoi qu'on en dise, de l'acide phénique : il s'en sert soit en poudre, soit en solution (2 ou 3 centièmes) pour panser ou laver les plaies, mais il n'est pas entièrement fixé sur la vertu réellement antiseptique de cette substance. Il l'a aussi employé à l'intérieur, mais sans résultat bien marqué.

(1) Périer, *Bull. de la Société de chirurgie*, 1er mars 1876.

BUREAU CENTRAL DES HOPITAUX

M. LE DOCTEUR DELENS (1)

I° PLAIES.

a. PANSEMENT DES PLAIES. — *Eau-de-vie camphrée.* — Sans employer un mode de pansement exclusif, M. Delens fait le plus habituellement usage du pansement *à l'eau-de-vie camphrée sans aucune addition d'eau*, avec la précaution de ne recouvrir la charpie que de simples compresses *sans taffetas gommé.* C'est un pansement qui doit être sec, au moment où on le renouvelle, ne conservant qu'une petite quantité de camphre que dissolvait l'alcool. C'est ainsi qu'on le faisait dans le service de Nélaton, à la Clinique, en 1865.

Avec ce pansement, si l'on a affaire à une plaie plate, mince, très-étendue, la suppuration est à peu près nulle, et très-rapidement la plaie prend un aspect blanchâtre et sec.

Lorsque la plaie est anfractueuse, le résultat est moins net. Sauf les deux ou trois premiers pansements, le contact de l'eau-de-vie camphrée pure *n'est pas douloureux*, et quelquefois même les premières applications ne déterminent pas de douleur. M. Delens considère ce pansement bien fait, comme mettant presque complétement à l'abri de l'érysipèle. Comme preuve à l'appui, il nous a cité dix observations d'ablation de tumeurs du sein pratiquées par lui dans les hôpitaux. Dans toutes il a employé ce pansement, et, quoique l'érysipèle soit fréquent après cette opération, il ne l'a observé qu'une fois, vers le dixième jour, chez une femme de soixante-quatorze ans. Encore a-t-il été très-peu grave : il n'a fait que retarder la cicatrisation. Les neuf autres opérées ont guéri sans accident.

Il a pu, en outre, se convaincre que, dans les deux dernières opé-

(1) 1874, Chirurgien du Bureau central.

rations, la fièvre traumatique était à peu près nulle, malgré l'étendue de la plaie, car, dans ces deux cas, la température n'a pas dépassé 38°,2 dans les premiers trois jours et est rapidement revenue au chiffre normal.

Le seul reproche qu'on puisse adresser à ce pansement, qui est propre, c'est que la cicatrisation est lente. Aussi, lorsque la plaie est déjà très-réduite, il emploie souvent le *pansement à la glycérine* pour achever la guérison.

Il a obtenu, dans diverses amputations de jambe, des cicatrisations régulières par l'emploi de ce seul pansement.

Le pansement de A. Guérin, après lui avoir donné quelques résultats encourageants, lui a fourni plusieurs revers, à la suite d'amputations, aussi sa confiance en lui a notablement diminué. Il n'a pas employé le pansement de Lister dans toute sa rigueur, bien qu'il soit disposé à admettre sa supériorité sur les autres pansements, en particulier dans les resections.

2° AFFECTIONS DES OS ET DES ARTICULATIONS.

a. FRACTURES COMPLIQUÉES. — *Drainage. — Lavages à l'eau-de-vie camphrée. — Immobilisation.* — Comme ancien élève de Chassaignac, M. Delens applique souvent le drainage avec avantage. C'est dans le traitement des fractures compliquées qu'il lui a donné les meilleurs résultats, combiné avec le pansement à l'eau-de-vie camphrée. Dans ces cas, il fait des lavages abondants et des injections d'eau-devie camphrée *pure* par les tubes, et il doit dire que, par ce moyen, il a presque toujours conservé des membres qui eussent pu être amputés, au premier moment, en raison de la gravité des désordres. Il ne se rappelle pas avoir observé d'infection purulente à la suite de fractures ainsi traitées.

Il a soin, bien entendu, de les immobiliser avec des appareils, le plus ordinairement avec des gouttières plâtrées qu'il emploie communément dans les fractures simples, concurremment avec les appareils silicatés.

b. SACRO-COXALGIE. — *Calmants. — Immobilisation. — Révulsifs.* — Dans sa thèse d'agrégation (1872), M. Delens a fait voir que la sacro-coxalgie, affection peu étudiée, mais moins rare qu'on a bien voulu le dire, se développe principalement sous l'influence de la scrofule, l'état puerpéral, le rhumatisme et aussi la blennorrhagie : la terminaison par suppuration est fréquente dans la variété scrofuleuse et puerpérale, et les abcès qui se développent consécuti-

vement sont *intra* ou *extra-pelviens* dès le début, quelle que soit leur marche ultérieure. — La terminaison par *ankylose*, si favorable dans les autres cas, peut être suivie chez les jeunes filles de déformations du bassin nuisibles, plus tard, au travail de l'accouchement.

Traitement général. — Traitement local. — Au début, calmants, liniment chloroformé, injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine dans la fesse et principalement le soir ; repos complet dans le décubitus dorsal.

Maladie confirmée. — Révulsifs, et de préférence la cautérisation pratiquée avec le fer rouge (raies, pointes de feu), immobilisation rigoureuse avec les appareils à coxalgie (voyez service de M. Verneuil), gouttière de Bonnet, etc. — Quant au traitement des abcès, il ne diffère pas de celui des abcès par congestion de la colonne vértébrale.

c. LUXATION SOUS-CORACOÏDIENNE DE L'ÉPAULE. — *Élévation graduelle du bras.* — Il est partisan, dans la réduction des luxations scapulo-humérales, de l'essai, tout d'abord des moyens de douceur qui ont le grand avantage de ne pas exiger plusieurs aides et d'éviter l'usage du chloroforme dont on a eu, en pareil cas, à déplorer trop de malheureux résultats. Il préfère le procédé par *élévation graduelle du bras jusqu'à la verticale,* maintenue pendant 8 à 10 minutes. Il a presque toujours pu réussir en employant cette méthode, pour les luxations récentes bien entendu.

d. LUXATION DE L'EXTRÉMITÉ EXTERNE DE LA CLAVICULE (sus-acromiale). — *Bande élastique.* — Dans cette variété de luxation, si facile à réduire, mais si difficile à maintenir réduite, M. Delens a réussi dans plusieurs cas en employant la bande élastique. Ces faits ont été rapportés par M. Boulion (1876) (1). On pourrait faire usage, en ce cas, des compresseurs à pression continue imaginés par Charrière (fig. 613 et 614), comme le voulait Laugier qui employait, pour maintenir la réduction, le compresseur de J.-L. Petit.

e. FRACTURE DE L'EXTRÉMITÉ INTERNE DE LA CLAVICULE. — *Écharpe de Mayor.* — Dans un mémoire que ce chirurgien a produit (2), il comprend sous cette dénomination toutes les fractures qui siégent sur le tiers interne de l'os, autrement dit dans les limites de l'insertion du faisceau claviculaire du sterno-mastoïdien ; il ne considère pas ces fractures comme rares, et pour lui elles reconnaissent pour cause la contraction musculaire dans *plus du tiers des cas;* elles

(1) Boulion, Thèse inaugurale. Paris, 1876.
(2) Delens, *Arch. gén. de méd.*, mai 1873.

constituent alors de véritables fractures par arrachements produites par la contraction du faisceau claviculaire du sterno-mastoïdien.

Fig. 613. — *Compresseur à pression continue de Charrière* (premier modèle).

Les fractures dues à la *contraction musculaire* présentent les apparences des fractures incomplètes et s'accompagnent d'un *gonflement*

Fig. 614. — *Compresseur à pression continue de Charrière* (secend modèle).

considérable au niveau de l'insertion du sterno-mastoïdien ; quant aux signes fonctionnels, ils n'ont rien de spécial.

Le plus souvent ces fractures sont méconnues en raison des circonstances dans lesquelles elles se produisent et surtout de l'absence des signes habituels des fractures. On les confond ordinairement avec les luxations incomplètes de la tête de la clavicule en avant et en haut, mais il est toujours possible de reconnaître si la tête de la clavicule a conservé ses rapports avec la facette sternale en recherchant avec le doigt l'interligne articulaire.

Le traitement de ces fractures ne lui paraît pas offrir d'indications

spéciales. La conservation du périoste, dans un grand nombre de cas, l'absence de chevauchements des fragments rendent suffisante la simple immobilisation du membre. Dans ce cas, l'écharpe de Mayor ou tout autre bandage analogue suffit pour obtenir la consolidation. Le bandage proposé par Lewis et Sayre (1) lui paraît, en raison de sa simplicité, pouvoir être employé avec avantage. Hamilton a, dans un cas, prescrit le repos au lit, comme seul moyen de traitement, et la consolidation s'est effectuée dans le temps ordinaire.

3° AFFECTIONS DU TUBE DIGESTIF.

a. PROLAPSUS DU RECTUM. — *Cautérisation avec l'acide nitrique fumant. — Électrisation du sphincter.* — Le traitement auquel a recours M. Delens et dont il a publié une intéressante observation dans le *Journal de thérapeutique* de 1876, a sur la plupart des autres modes de traitement proposés pour remédier à cette infirmité dégoûtante et invétérée, chez l'adulte, le grand avantage d'être d'une application facile et en même temps de n'avoir rien d'effrayant pour le malade.

Voici quel en est le *modus faciendi :*

Il importe, au préalable, de vider aussi complétement que possible l'intestin, et pour cela les lavements doivent être répétés plusieurs jours de suite, s'il le faut. Dès la veille, il est bon de commencer à administrer l'extrait d'opium à la dose de 0^{gr},05. — La *cautérisation* s'effectue de la manière suivante : le malade est couché sur le côté, le tronc fortement fléchi, le siége sur le bord du lit. — Un aide soulève et écarte la fesse qui ne repose pas sur le lit. Entre la tumeur et l'autre fesse, on glisse une compresse pliée pour protéger la peau des parties voisines. — L'*acide nitrique fumant*, étant un caustique énergique, doit être manié avec précaution. A défaut d'un pinceau d'amiante, qui est préférable, on se sert d'un pinceau de charpie ayant à peu près le volume de la dernière phalange et coupé un peu ras. Trempé dans l'acide, il est légèrement exprimé par simple pression sur les bords du verre ou du flacon, de manière que, dans aucun cas, l'acide ne puisse se répandre en nappe sur les parties voisines de celle qui est en contact direct avec le pinceau.

Promener rapidement le pinceau sur la muqueuse qui blanchit aussitôt ; repasser une seconde fois sur les points déjà touchés

(1) *American Practitionner*, juillet, 1871.

après avoir trempé de nouveau le pinceau dans l'acide. Cette cautérisation ne demande que quelques secondes.

La tumeur est alors barbouillée largement d'huile d'olive avec un tampon d'ouate, puis refoulée avec ce tampon au-dessus du sphincter anal. Alors et successivement on introduit un certain nombre de tampons d'ouate un peu fortement tassée et du volume d'une grosse noix. La laxité habituelle du sphincter rend cette introduction facile : pour un prolapsus moyen, il en faut au moins cinq ou six.

Masse d'ouate ou de charpie soutenant le périnée et maintenue par quelques compresses et un bandage en T. Décubitus dorsal et repos complet. — Alimentation restreinte, légumes exclus. — Opium. — Au bout de 5 à 6 jours on sollicite la première selle; lavement ou léger purgatif. Éviter les efforts en allant à la selle.

M. Delens croit de plus qu'il est prudent d'avoir recours à l'*électrisation du sphincter* (pile de Morin); employer de préférence l'électro-puncture, si on peut la faire supporter par le malade; sinon, on se contente de la faradisation superficielle de la région anale, chaque séance devant durer au moins 5 minutes et être répétée tous les jours. Ce chirurgien croit le traitement fort efficace, de plus il est à peine douloureux. — Il n'est pas du reste nouveau, car les chirurgiens anglais y ont fréquemment recours pour le prolapsus du rectum chez l'enfant, et, suivant Allingham, son efficacité est constante dans ce cas. Mais il est à peu près inconnu en France et ne paraît être, même en Angleterre, qu'exceptionnellement employé chez l'adulte. — M. Delens ajoute consciencieusement dans la courte note qu'il a produite, qu'il n'affirme pas que ce traitement soit applicable à tous les cas de prolapsus invétéré du rectum, qui a sans aucun doute des indications et des contre-indications. — C'est à une expérience ultérieure qu'il appartient de nous les faire connaître.

b. FISTULES A L'ANUS ET TUMEURS DE LA LANGUE. — *Emploi de la ligature élastique.* — M. Delens a appliqué assez souvent la ligature élastique soit pour des fistules anales, soit pour des petites tumeurs pédiculées de cette région, et elle lui a donné de bons résultats, à la condition de la serrer dès le premier moment aussi fortement que possible. — Mais c'est surtout dans le cas d'*ablation de tumeurs de la langue* qu'il a recours à l'emploi de la ligature élastique (1).

(1) M. Quinot, *De l'amputation partielle ou totale de la langue par la ligature élastique*, Th. inaug. Paris, 16 mars 1876.

Ce n'est ni le procédé employé par M. Desprès, ni celui mis en usage par M. Ch. Périer qu'il emploie. — Celui de M. Desprès consiste, après avoir placé deux épingles en croix au-dessous de l'épithélioma, d'en étreindre la base avec un fil élastique et d'attendre que la masse sphacélée se détache. Il ne permet d'attaquer que les masses superficielles.

M. Ch. Périer (1) plaça la ligature par la région sus-hyoïdienne autour de la tumeur et la resserra à plusieurs reprises, procédé par conséquent essentiellement douloureux.

M. Delens substitue à ces divers modes d'application, et dans tous les cas, *la ligature intra-buccale à l'aide d'anses élastiques dont la tension est portée d'emblée à son maximum*, soit pour une partie, soit même pour la totalité de la langue.

Cette ligature présente comme avantage : la suppression des chances d'hémorrhagie, soit primitive, soit secondaire, l'absence de glossite consécutive, car il ne se produit à peine qu'un léger œdème du plancher buccal. — De plus, la douleur, très-vive au moment de l'application, va en s'atténuant et disparaît même en quelques heures si on a le soin de serrer aussi énergiquement que possible dès le début, et, pour arriver à ce résultat, il faut renoncer à faire le nœud avec le fil élastique lui-même.

Appareil instrumental. — Peu compliqué : 1° écartement des mâchoires, bouchon de linge ou extrémité rembourrée d'une petite attelle de bois ;

2° Ténaculum ou fil de soie ou de chanvre pour attirer la langue au dehors ;

3° Deux grandes aiguilles courbes en acier trempé, un peu fortes et bien pointues, à courbure telle qu'elle représente presque un demi-cercle d'environ 5 centimètres de diamètre, à chas assez large ;

4° Pince à anneaux et à point d'arrêt un peu forte ;

5° Fil élastique, soit celui qui est cylindrique formé d'une lanière contourné en spirale à tours très-lâches ayant près de 2 millimètres et demi de diamètre, soit celui qui est carré, plus répandu dans le commerce, qui est également bon à la condition qu'il ait au moins 3 millimètres de côté; sa longueur doit être de 60 centimètres. Lorsque la tumeur siége au niveau de la base, il ne paraît guère possible à M. Delens d'opérer sans chloroforme.

LA TUMEUR OCCUPE LA LIGNE MÉDIANE. — Opération simple *si la*

(1) Ch. Périer, Charité (suppléance de M. Gosselin), 1874.

tumeur occupe la partie antérieure. — L'aiguille portant un fil pénètre transversalement dans la langue en arrière du frein ; on fait sortir l'aiguille, on coupe l'anse et on a ainsi deux fils à l'aide desquels on établit une anse horizontale et une seconde verticale qui isolent toutes deux complétement la partie antérieure de la langue et en assurent la mortification ; — *si la tumeur occupe la base*, amputation totale, même manœuvre, mais plus difficile surtout pour assujettir le nœud de l'anse sur la face dorsale, à cause de la profondeur. Peut-être le meilleur moyen serait-il d'employer, dans ce but, un tube de Galli.

LA TUMEUR OCCUPE LES PARTIES LATÉRALES. — Pour ne pas sacrifier une trop grande partie de la langue, M. Delens procède ainsi :

Fil de caoutchouc de 60 centimètres de long enfilé d'une aiguille à chacune de ses extrémités (fig. 615).

Première aiguille introduite du côté de la tumeur et en arrière de ses limites postérieures, sa pointe ressort sur la face dorsale, elle est dégagée et ramenée au-dehors.

Deuxième aiguille introduite en avant des limites antérieures du mal, ressortant également sur la face dorsale, puis dégagée et ramenée hors de la bouche ; — les deux anses étant coupées,

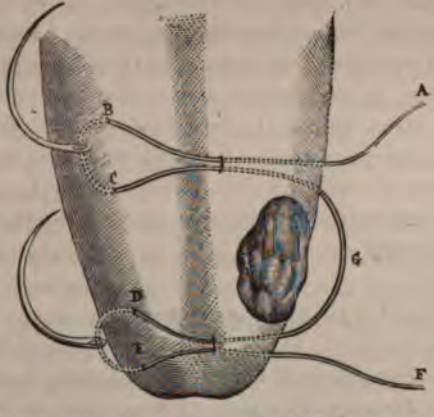


Fig. 615. — *Ligature élastique appliquée à l'ablation des tumeurs latérales de la langue* (Delens).

il est facile de comprendre qu'on a trois segments de fil dont le moyen G forme une anse antéro-postérieure embrassant la tumeur, les deux autres AB et EF constituant une anse transversale postérieure et une anse transversale antérieure ; — ne pas confondre les extrémi-

tés du fil au moment où on les assujettit, il vaudrait même mieux les colorer d'avance.

Pour pratiquer le nœud ou plutôt pour assujettir ensemble chacune des extrémités correspondantes, M. Delens a recours à l'artifice suivant : il tire simultanément sur les deux extrémités du fil jusqu'à ce qu'il sente que l'extensibilité du caoutchouc approche de sa limite, puis, maintenant la tension à ce degré, il entre-croise les deux fils en leur faisant subir une rotation en sens inverse, *comme s'il voulait commencer la torsion d'une suture métallique* : un aide entoure alors le point d'entre-croisement des fils élastiques, avec un fil de chanvre ou de soie un peu fort qu'il arrête au moyen d'un double nœud ordinaire.

Le peu de réaction inflammatoire après l'application de la ligature explique l'absence de phénomènes généraux dans la plupart des cas et la cicatrisation se fait en général très-facilement ; après la chute de l'eschare, il reste une plaie bourgeonnante de bon aspect et dont la profondeur semble toujours moindre que le volume de la partie éliminée ; lorsque la cicatrisation est complète, après la destruction de la tumeur latérale, on ne constate sur le bord de la langue qu'une encoche peu profonde et parfaitement souple.

c. IMPERFORATION DE L'ANUS. — *Entérotomie périnéale.* — Le procédé employé par M. Delens ne diffère en rien du procédé classique. Pour faciliter la recherche de l'ampoule rectale, il pratique la résection du coccyx, ce qui permet d'atteindre beaucoup plus facilement l'intestin. Dans un cas (1) l'enfant présentait six mois après l'opération un prolapsus rectal formant une tumeur du volume d'une mandarine. C'est là un fait exceptionnel. Le mauvais état dans lequel se trouvait le petit opéré ne permit pas une nouvelle intervention chirurgicale.

4° AFFECTIONS DES YEUX.

CATARACTE. — *Procédé de de Græfe.* — M. Delens a pratiqué douze fois la cataracte dans les hôpitaux, et dans tous ces cas il a exclusivement eu recours au procédé de de Græfe ; il n'a jamais eu de perte de l'œil, ni d'accident grave sur ces douze faits ; il a eu six succès complets ; les autres moins satisfaisants peuvent être classés parmi les demi-succès.

(1) Delens, *Bull. de la Soc. chir.*, 24 mars 1875.

M. LE DOCTEUR NICAISE (1)

1° AFFECTIONS DU TUBE INTESTINAL.

a. HERNIE OMBILICALE ÉTRANGLÉE. — *Kélotomie avec ouverture du sac. — Solution phéniquée. — Débridements multiples. — Sutures. — Collodion.* — La kélotomie dans la hernie ombilicale étranglée est considérée, à juste titre, comme d'une gravité exceptionnelle ; il ne faut pas croire cependant avec Huguier qu'il n'y a jamais lieu de la pratiquer et que l'on doit abandonner les malades aux seules ressources de la nature : les exemples de guérison, en pareils cas, deviennent de plus en plus nombreux. MM. Després et Perrin, l'année dernière, en ont communiqué chacun un à la Société de chirurgie, M. Nicaise (2) en a lu, au nom de M. A. Guérin, un exemple sans ouverture du sac, et enfin pour son propre compte, un autre relatif à une femme de 54 ans.

Ce chirurgien apporte dans cette variété de kélotomie les précautions dont on s'entoure aujourd'hui quand on procède à l'ouverture de la cavité abdominale pour l'ablation des tumeurs. Il ne croit pas le procédé de J.-L. Petit applicable à une hernie étranglée depuis plus de 50 heures, s'accompagnant de phénomènes locaux et généraux, sinon graves, du moins fortement accentués.

Voici comment il opère :

Chloroformisation ; incision oblique en bas et à droite sur laquelle en tombe une autre se dirigeant en bas et à gauche de façon à figurer une incision en T. Incision du sac également en T. Il cherche alors à déplisser la masse épiploïque : si l'épiploon est trop enroulé sur lui-même et forme une masse qu'on ne peut déployer et qui constitue, comme cela arrive souvent, un second sac, il incise cet épiploon et trouve l'intestin. Excision d'une grande partie du sac. Essai du taxis direct sans débridement sur l'anse étranglée. S'il échoue, il éponge et lave la plaie avec une solution phéniquée au 50e et pratique de petits *débridements multiples* à gauche et en bas avec un ténotome étroit et mince.

(1) 1874, chirurgien du Bureau central ; — 1874, suppléant à la Maison Municipale de Santé.

(2) Nicaise, *Bull. de la Soc. chir.*, 29 janvier 1877.

La plaie est bien épongée : l'épiploon est maintenu au dehors et fixé dans l'angle supérieur par un point de suture : il applique en outre trois points de suture entrecoupée avec des fils d'argent, de façon à mettre en contact les lèvres de la plaie et les parois du sac; préalablement il a placé une forte ligature sur l'épiploon et la partie extérieure excisée.

Il étend ensuite une large couche de collodion autour de la plaie de manière à maintenir immobile toute la zone de l'opération. Pansement phéniqué. Linge fenêtré, légère couche de charpie imbibée de solution au 50e, taffetas gommé. Le ventre est recouvert d'une épaisse couche d'ouate que maintient un bandage de corps. M. Nicaise ne donne ni opium ni laxatif; il se contente d'ordonner une potion de Todd légère et l'application de linges chauds.

b. HERNIE CRURALE ÉTRANGLÉE. — *Kélotomie sans ouverture du sac* (opér. de J.-L. Petit). — Si l'étranglement ne date pas de plus de 36 ou 48 heures, si les phénomènes locaux et généraux ne sont pas très-graves et que la hernie soit d'un volume médiocre, M. Nicaise croit pouvoir appliquer, à cette kélotomie, la méthode de J.-L. Petit. Il commence toutefois par chloroformiser le malade et par essayer un taxis modéré pendant quelques minutes : s'il échoue, il opère : incision oblique de haut en bas et de dedans en dehors vers la partie interne de la tumeur. Incision unique ou en T suivant la grosseur de la masse herniée. Il dissèque ensuite la partie interne du sac en longeant la surface extérieure de façon à arriver au niveau du collet. Petits débridements multiples, faits à l'aide d'un ténotome *droit* et mousse sur le ligament de Gimbernat et l'arcade crurale, en se guidant sur l'ongle de l'index gauche. Ensuite, taxis pratiqué sur le sac de façon à faire rentrer la hernie en deux temps, l'intestin d'abord, l'épiploon ensuite. Petit tube à drainage introduit dans la plaie, pansement avec de la charpie imbibée d'une solution phéniquée au 100e.

Dans une observation de ce genre (femme de 57 ans) et dans une autre (femme de 64 ans) qu'il a lue à la Société de chirurgie (1), il a constaté, comme fait intéressant, une *hémiplégie* incomplète portant sur la motilité avec *paralysie faciale incomplète*, toutes deux à droite tandis que les hernies siégeaient à gauche. Ces hémiplégies sont survenues sans perte de connaissance, l'intelligence restant intacte et cela dans des conditions différentes : dans le premier cas, pendant l'étranglement; dans le second, après l'opération.

(1) Nicaise, *Bull. de la Soc. ch.*, 18 octobre 1876.

Frappé de la singularité de ces faits, il s'est demandé s'il ne s'agissait pas, en pareil cas, d'hémiplégie d'origine intestinale, *par action réflexe*, sans lésions matérielles considérables, et analogue à celle que Rostan, cité par M. Lépine, rapporte à une gastro-entérite : d'autre part, M. Lépine (1) admet que les accidents hémiplégiques de la pneumonie des vieillards sont dus à une action réflexe et à une ischémie.

2° AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES (HOMME ET FEMME).

a. CORPS ÉTRANGER DE LA VESSIE. — *Emploi du lithotriteur à cuiller.* — La manœuvre propre à l'extraction des corps étrangers vésicaux varie essentiellement avec la nature de ces corps. S'agit-il de *corps épais et rigide*, les instruments *d'extraction par redressement* (fig. 616 et 617) peuvent rendre les plus grands services en forçant le corps étranger saisi le plus souvent transversalement à venir se placer, par un mouvement de bascule, dans l'axe de l'urèthre.

Si ces *corps sont peu résistants, souples, mous ou flexibles*, l'extraction est plus facile et un simple *lithotriteur à cuiller* peut suffire comme dans l'observation communiquée par M. Nicaise à la Société de chirurgie (2). Il s'agissait d'un homme de 70 ans qui s'était introduit dans l'urèthre une tige de blé vert : il lâcha la tige qui disparut dans le canal. A son entrée à l'hôpital (8 jours après) il y avait un léger écoulement muco-purulent par le méat et une miction assez fréquente et douloureuse, cystite légère avec ténesme. L'extraction de cette tige fut d'une exécution facile à l'aide du lithotriteur à cuiller; la tige de blé, de 17 centimètres de long, n'était ni ramollie, ni altérée par l'urine, avait conservé sa couleur et son aspect extérieur, mais offrait déjà quelques incrustations phosphatiques à sa surface.

En pareil cas nous croyons que l'instrument présenté (3) par M. Mercier et connu sous le nom de *duplicateur* peut être d'une grande utilité. La branche A de cet instrument (fig. 618), excavée en forme de gouttière, est profondément fenêtrée : le mors de la branche mâle, très-mince latéralement, mais très-fort d'avant en arrière, se termine par un crochet B, fortement échancré, qui lui donne la forme d'un S : le crochet est beaucoup plus mince que la fenêtre de la branche femelle n'est large. Quand un corps étranger

(1) Lépine, *De l'hémiplégie pneumonique*. Paris, 1870.
(2) Nicaise, *Bull. de la Soc. de chir.*, 24 janvier 1877.
(3) A. Mercier, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 28 octobre 1850.

S a été saisi avec les mors, il glisse sur la concavité de la bran mâle, au fur et à mesure que celle-ci s'engage dans la fenêtre A vient se loger en B' dans le crochet de la branche mâle. Si

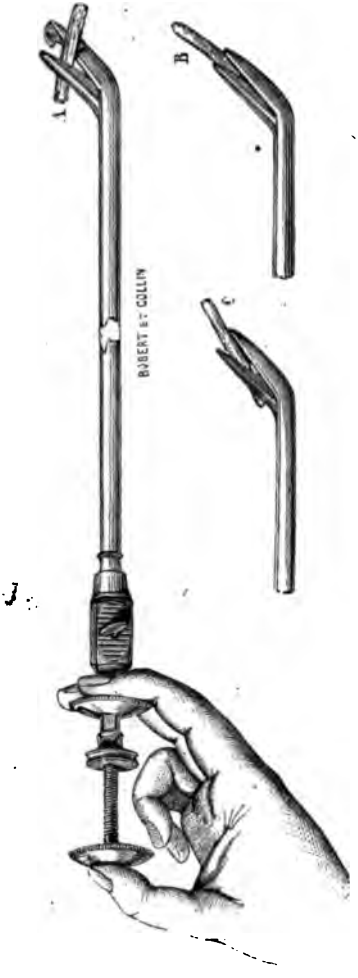


Fig. 616. — *Redresseur de Robert et Collin* (*).

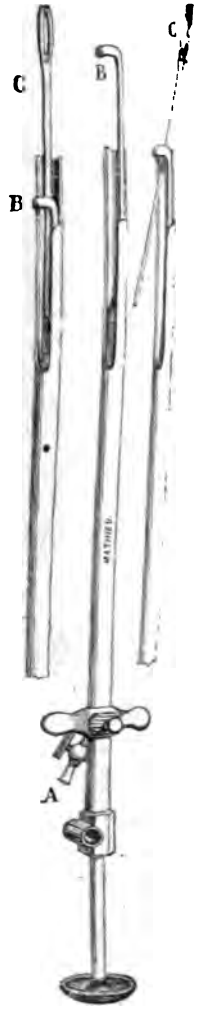


Fig. 617. — *Redresseur* (mod Mathieu) (**).

(*) Dès que l'extracteur a rencontré le corps étranger, les mors sont écartés : le corps étra une fois saisi dans la position A, les deux mors, en se rapprochant, le forcent de s'incliner la position c en s'arc-boutant contre le crochet du mors femelle et en glissant le long du incliné jusqu'à ce qu'il vienne se placer dans la gouttière, comme cela est représenté en B.

(**) BB, crochet saisissant le corps étranger C.

continue de presser, il se fléchit et s'engage dans la gouttière de la branche femelle pendant que ces chefs se dirigent en haut dans une direction qui continue l'axe des mors. Le volume du corps étranger

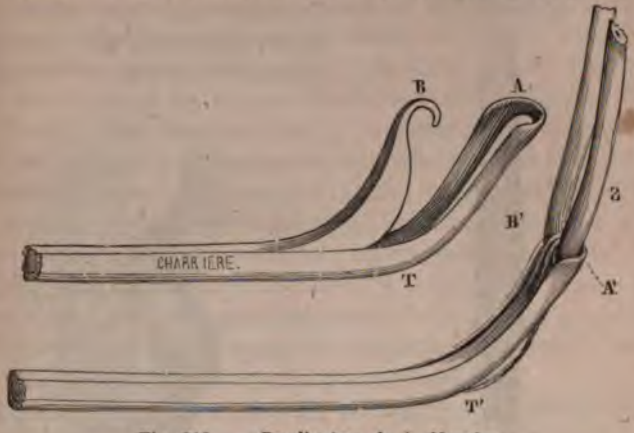


Fig. 618. — *Duplicateur de A. Mercier.*

ne vient donc, dans aucun cas, augmenter les diamètres des mors de l'instrument.

b. TESTICULE TUBERCULEUX. — *Castration.* — M. Nicaise commence par faire de la temporisation : s'il existe une hydrocèle concomitante, comme cela arrive assez souvent, il ponctionne et traite par l'injection iodée classique. Si, arrivée à la période de suppuration (abcès multiples), l'affection exige une intervention, il a recours à la castration. Il n'emploie pas, pour pratiquer cette opération, le procédé en coquille de Jobert (fig. 619). Il fait une simple incision, énuclée le testicule et lie successivement les diverses artères du cordon. Il se sert plus volontiers, pour faire ces ligatures, de la pince de Lüer à mors coniques (fig. 620) sur l'extrémité de laquelle le fil glisse delui-même sans pouvoir s'arrêter. Il emploie également, pour tordre les artères, la pince à torsion de M. Tillaux (fig. 618 *bis*). Sur un malade chez lequel cette opération fut effectuée, il a constaté des *masses caséeuses* et des *granulations grises*, coïncidence sur laquelle il s'est fondé pour argumenter en faveur de l'unité de nature.de ces produits : M. G. Hayem a du reste examiné plusieurs pièces analogues, et il lui paraît certain que les lésions dites caséeuses du testicule sont le plus souvent, comme celles du poumon, de nature tuberculeuse.

c. CALCUL VÉSICAL (femme). — *Dilatation instrumentale de l'urè-*

thre. — Commencer par explorer la vessie pour se rendre co de la place, du volume, de la mobilité du calcul. Si on ne pe saisir, pratiquer la dilatatio l'urèthre avec un lithotrite M. Nicaise pense que plus on ploie des instruments volumi

Fig. 618 *bis*. — *Pince à torsion de M. Tillaux.*

Fig. 619. — *Extirpation du testicul le procédé en coquille ou bivalve d bert* (*).

(*) En haut, le lambeau antérieur du scrotum enlevé; à droite, les ligatures isolées des s spermatiques (Jobert, *De la réunion en chirurgie*, Paris, 1866).

pour dilater le canal, moins on a à redouter généralement d'a dent sérieux. Une fois la dilatation produite, introduction dan

Fig. 620. — *Pince de Lüer à mors coniques.*

vessie d'un doigt qui sert à guider de longues pinces pour la hension et l'extraction du calcul.

3° AFFECTIONS DES OS. — ISCHÉMIE CHIRURGICALE.

a. SARCOME HUMÉRAL. — *Désarticulation de l'épaule, procé Larrey modifié.* — Chloroformisation, application de la b d'Esmarch jusqu'au-dessous du point où doivent porter les incis

— artère sous-clavière comprimée sur la première côte. M. Nicaise adopte le *procédé de Larrey modifié* qu'il exécute de la manière suivante : la peau est coupée seule tout autour du membre afin d'éviter l'encoche axillaire, il la laisse se rétracter spontanément et coupe le deltoïde en avant et en arrière en suivant la ligne de la peau rétractée : cette section est faite de façon que le muscle deltoïde soit coupé en biseau, aux dépens de la face interne (la section du deltoïde perpendiculairement à ses deux faces donnant à la plaie des lèvres trop épaisses dont le gonflement consécutif empêche le rapprochement). Incision verticale allant jusque dans l'article et tombant perpendiculairement sur l'incision circulaire précédente. Le faisceau vasculo-nerveux est respecté, pour n'être coupé qu'après la désarticulation. L'artère et la veine axillaires sont liées : pinces à forcipressure appliquées rapidement sur un grand nombre de petites artères donnant du sang sur la surface de section, puis remplacées immédiatement par des ligatures.

Réunion de la partie supérieure de l'incision par des fils métalliques et du reste des chaires par deux bandelettes de diachylon entre-croisées. Pansement avec charpie imbibée d'eau alcoolisée : le tout recouvert d'une épaisse couche d'ouate maintenue par une sorte de bonnet fait avec une écharpe triangulaire.

M. Nicaise a rapporté à la Société de chirurgie (1) une très-belle observation de cette nature intitulée : Sarcome périostal de l'humérus chez une *femme enceinte de huit mois*, désarticulation de l'épaule, *accouchement normal*. Guérison.

b. ISCHÉMIE CHIRURGICALE. — *Modification de l'appareil d'Esmarch*. — M. Nicaise fait fréquemment usage de l'ischémie préalable des membres par l'appareil d'Esmarch : il a apporté à ce dernier, représenté en boîte et appliqué (fig. 621 et 622), une modification heureuse dont il a fait part en 1876 à la Société de chirurgie.

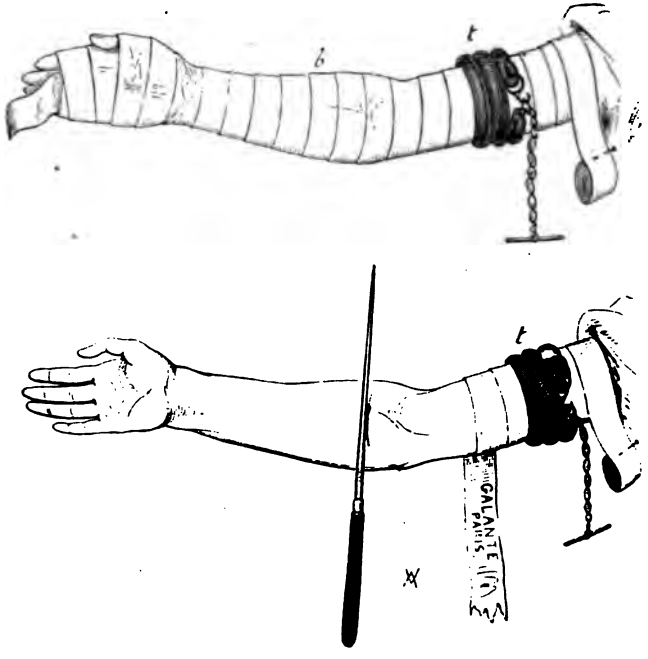
Le tube de caoutchouc à chaînette, a-t-il dit, employé primitivement pour maintenir l'ischémie obtenue par la bande de caoutchouc, présente plusieurs inconvénients. M. Chauvel (2) a insisté déjà sur les difficultés de l'application et de l'enlèvement du tube dont la compression limitée, énergique, a des effets d'autant plus marqués que le tube est plus mince et son application de plus longue durée. Plusieurs tentatives ont été faites pour modifier l'appareil et en particulier la chaînette. Esmarch a employé quelquefois un petit cylindre de bois dans lequel il introduisait les deux extrémités du

(1) Nicaise, *Bull. de la soc. de chirurg.*, 8 mars 1876.
(2) Chauvel, *Précis d'opérations de chirurgie*. Paris, 1877.

tube enroulé autour du membre. Ces extrémités se tendent
s'amincissent au moment de leur passage dans le cylindre : en l

Fig. 621. — *Appareil d'Esmarch.*

b, bande compressive en caoutchouc ; *t*, tube compresseur de caoutchouc avec chaînette.



C

Fig. 622. — *Application de l'appareil d'Esmarch.*

abandonnant à elles-mêmes, elles augmentent de volume et se serren
réciproquement dans le cylindre. Mais, comme le dit Esmarch lui

même, ce mode de fixation n'est pas sûr, et il est prudent de faire maintenir les bouts du tube par un aide.

Le docteur Foulès, de Glasgow, d'autre part, emploie non plus un tube, mais une corde pleine en caoutchouc, plus étroite que ce tube d'Esmarch : la chaînette est remplacée par deux petits tubes de cuivre soudés ensemble et dont l'un est fendu sur le côté. La corde en caoutchouc est introduite dans le tube non fendu et celui-ci conduit jusqu'à sa partie moyenne ; la corde est ensuite enroulée autour du membre et ses extrémités tendues sont introduites dans le second tube à travers la fente. Les dangers de la compression sont plus grands avec cet appareil, et, de plus, le mode de fixation des extrémités n'est pas très-sûr. Esmarch a modifié l'appareil de Foulès : il préfère un seul cylindre fendu, soudé sur une plaque de cuivre et de dimensions assez grandes pour lui permettre d'employer son tube primitif.

Tous ces appareils ont l'inconvénient d'exercer une compression dangereuse et n'offrent pas une sécurité complète au point de vue de la fixation du tube.

M. Nicaise a fait construire, pour remplacer ce tube, une bande en caoutchouc feutrée présentant une longueur de 70 à 80 centimètres et portant une série d'anneaux sur une de ses bases (fig. 623). Une des extrémités est terminée par un crochet que l'on introduit dans l'un ou l'autre des anneaux, selon les dimensions du membre. L'emploi de la bande, au lieu du tube, assure contre toute compression exagérée : depuis on arrête facilement ses extrémités et l'on peut rapidement augmenter ou diminuer la constriction. M. Nicaise s'est servi un certain nombre de fois de cet appareil, dans deux amputations de cuisse, dans des opérations portant sur le membre supérieur, etc., et chaque fois il en a obtenu de bons résultats. Nous nous en sommes également servi plusieurs fois (resection du coude, amputations de cuisse et de jambe) et nous avons trouvé qu'elle a de grands avantages. Nous la préférons de beaucoup au tube d'Esmarch.

Fig. 623. — *Bande ischémique de Nicaise* (modification à l'appareil d'Esmarch).

c. HÉMORRHAGIE CAPILLAIRE APRÈS L'ENLÈVEMENT DE LA BANDE D'ESMARCH. — *Compression directe de la plaie avec une éponge.* — Lorsque le chirurgien a terminé une opération quelconque ayant

nécessité l'application préalable de la bande d'Esmarch, au moment où il vient de retirer cette bande, nous remarquons que tous les tissus ischémiés se congestionnent et que ce phénomène se traduit sur la peau par une coloration rouge bien marquée qui tranche avec la couleur normale : il y a en un mot paralysie vaso-motrice temporaire. Du côté de la plaie cette dilatation des vaisseaux se manifeste par une hémorrhagie en nappe quelquefois très-abondante. Pour combattre ou plutôt empêcher cette hémorrhagie capillaire, plusieurs chirurgiens, M. Tillaux entre autres et nous-même dans plusieurs circonstances, n'enlèvent l'appareil d'Esmarch qu'après avoir fait les principales ligatures et un pansement compressif (ouate et amadou). Voici comment M. Nicaise procède : il enlève la bande à anneaux après avoir pratiqué toutes les ligatures possibles, puis il exerce une *compression directe sur la plaie avec une grosse éponge ;* une fois que la rougeur de la peau a disparu, il enlève l'éponge ; l'hémorrhagie capillaire est à peu près nulle. Il agit ainsi dans la crainte des hémorrhagies secondaires qui sont assez fréquentes à la suite de l'emploi de l'appareil d'Esmarch.

M. LE DOCTEUR J. LUCAS CHAMPIONNIÈRE (1)

1° PLAIES. — FIÈVRE TRAUMATIQUE.

a. PANSEMENTS DES PLAIES. — *Méthode d'A. Guérin.* — *Pansement de Lister.* — M. L. Championnière, un des premiers, a attiré l'attention (2) sur l'excellent *mode de pansement à l'ouate de M. A. Guérin.* Il l'a mis souvent en pratique et en a obtenu, comme nous tous, de bons résultats.

Ce pansement, comme le dit M. Championnière, répond à trois indications fondamentales :

Il agit d'abord comme pansement rare ;

En second lieu, l'air arrive au contact de la plaie tamisé par l'ouate ;

Enfin il agit comme compression élastique.

(1) 1874, Chirurgien du Bureau central ; — Suppléant à l'hôpital Lariboisière.
(2) L. Championnière, *Journal de méd. et de chir. prat.*, juillet 1871.

Cette dernière condition n'est pas la moins importante : on sait en effet que la compression jouit de propriétés antiphlogistiques puissantes : elle constitue de plus un obstacle absolu au pus, s'il a quelque tendance à fuser dans les gaînes. De plus, les parties enfermées sont constamment maintenues à la température du corps absolument à l'abri de toutes causes de refroidissement. D'une grande commodité, il permet dès le premier jour le transport facile des opérés, il supprime, avec les manœuvres de chaque jour, les douleurs inévitables du traitement après les opérations ; il supprime l'emploi d'aides exercés, enfin il constitue une pratique absolument simple, constamment la même, et ne demande que l'emploi de substances que l'on trouve partout ou que l'on peut facilement se procurer.

Ce mode de pansement, préconisé par M. A. Guérin (1), est applicable aux amputations, aux plaies contuses, aux fractures compliquées de plaies, aux plaies articulaires ; mais une précaution qu'il ne faut pas négliger est d'examiner chaque jour avec soin la température du malade : le thermomètre est le guide le plus sûr qui vous dise s'il faut laisser en place ou retirer le pansement. C'est une condition sur laquelle insiste avec raison M. L. Championnière, et nous ne manquons jamais d'y satisfaire chaque fois que nous appliquons ce pansement. Ce chirurgien croit qu'il y aurait aussi avantage à employer une ouate désinfectée. Ce serait, selon lui, une garantie de plus. Il a employé, avec un certain succès, de l'ouate trempée dans une solution d'acide phénique à 25 p. 100. Plusieurs chirurgiens allemands, Thiersh entre autres, recommandent beaucoup une ouate imprégnée d'acide salicylique. Il n'a pas encore d'expérience pour ce produit, mais il est évident, *à priori*, surtout pour ceux qui ne mettent qu'une petite quantité d'ouate à la fois, que cette application ne peut être qu'excellente.

Il reconnaît donc au mode de traitement de M. A. Guérin de grands avantages, mais c'est surtout pour le *pansement de Lister* (méthode antiseptique) dont il s'est montré le zélé défenseur en France depuis plusieurs années, qu'il conserve toutes ses préférences. Il l'a étudié à sa source, et, désirant faire partager son enthousiasme pour la pratique du chirurgien d'Édimbourg, il lui a dédié l'excellent petit livre qu'il vient de produire sur la chirurgie antiseptique (2).

(1) Voyez le service de M. le Dr A. Guérin.

(2) L. Championnière, *Chirurgie antiseptique, principes, modes d'application et résultats du pansement de Lister*, avec fig., 1876.

La *théorie* de ce mode de pansement ou plutôt de cette méthode repose sur l'effet pernicieux que les germes atmosphériques déterminent : ils provoquent la suppuration, la putréfaction du sang et celle des liquides animaux et par ce processus ils engendrent les complications des plaies.

Le chirurgien, dit le chirurgien d'Édimbourg dans son langage pittoresque, doit voir les germes dans l'atmosphère, *comme nous voyons les oiseaux dans le ciel!* Tel est le point capital qui permet d'éviter les accidents des plaies.

Outre l'accès des germes, éviter l'excès de tension dans les tissus et faciliter l'écoulement des liquides en excès, éviter l'irritation directe de ces tissus vivants et la présence de corps étrangers (fil à ligature).

Pratique du pansement :

Propreté minutieuse. Plonger tous les instruments, les éponges dans un bain fermenticide phéniqué ;

Purifier les mains de l'opérateur et des aides ;

Jet phéniqué pulvérisé se répandant dans l'atmosphère des opérations et des pansements.

Solution aqueuse forte. $^{5}/_{100}$	Eau.....	1000 gr.	Champ opératoire nettoyé. Instruments.
	Ac. phéniq. Cristallisé.	50 gr.	Éponges.
Solution aqueuse faible. $^{2,50}/_{100}$	Eau.....	1000 gr.	Mains. Lavages.
	Ac. phéniq. Cristallisé.	25 gr.	Pulvérisation.

Appareil à pulvérisation. — Appareil analogue à celui de Richardson ou pulvérisateur à vapeur de Lister qui marche seul par le moyen d'un jet de vapeur qui pulvérise l'eau comme le courant d'air la pulvérise dans l'appareil de Richardson. M. L. Championnière a fait construire par M. Collin un appareil plus puissant et moins fatigant. C'est le même appareil que celui de Richardson (fig. 624) avec tubes de verre, tel qu'on le trouve à la maison Charrière : seulement le flacon porte trois tubes recourbés au lieu d'un seul : on peut les faire diverger un peu de telle sorte que les trois jets pulvérisés couvrent un espace considérable. Le système du soufflet avec un ballon intermédiaire régularisateur est le même, mais ces parties de l'appareil sont beaucoup plus volumineuses : le soufflet aplati est mis à terre et se *manœuvre avec le pied.*

Une fois l'opération achevée, *continuer à entretenir autour de la*

Fig. 624. — *Pulvérisateur se manœuvrant par la pression du pied.*

plaie une atmosphère antiseptique à l'aide de la GAZE ANTISEPTIQUE, élément essentiel du pansement.

Protective. — Le pansement devant dégager constamment de l'acide phénique, on recouvre la ligne de réunion et les parties dénudées qui doivent être mises à l'abri de son action incessante et irritante, par le protective, taffetas vert gommé modifié qui n'a rien de fermenticide, qui joue simplement le rôle de protecteur et qui se prépare en prenant de la soie huilée commune qu'on enduit sur ses deux faces d'une très-mince couche de vernis copal : lorsque ce vernis est sec, on applique sur les deux faces, à l'aide d'un pinceau, une très-mince couche du mélange :

Dextrine.....	7 parties.
Amidon pulvérisé.....	2 —
Solution froide d'acide phénique à 2 1/2 p. 100....	16 —

Le protective mouillé préalablement dans l'eau phéniquée faible est placé sur la plaie et ne la dépasse que très-peu.

Gaze antiseptique et *mackintosh.* — Cette *gaze*, de consistance de

notre tarlatane fine est toute préparée (imprégnée de résine et de paraffine mélangée d'acide phénique) : elle cède l'acide phénique qui se volatilise peu à peu surtout au contact des corps chauds. Le *mackintosh* ou imperméable, coloré en rose, est une étoffe de coton mince et souple revêtue d'une couche de caoutchouc mince, mais bien résistante et pouvant facilement se chiffonner sans se casser. Voici comment on les applique par-dessus le protective :

On prend quelques fragments de gaze antiseptique, on les trempe dans la solution faible, et ils sont directement placés sur le protective : la dernière pièce principale du pansement se compose de *huit feuilles de gaze superposées*, et entre la septième et la huitième feuille se place l'imperméable ou *mackintosh* avec la surface lisse tournée vers la plaie. Ce pansement doit couvrir une étendue assez considérable au delà de la plaie, la dépasser largement. Enfin le pansement est fixé en place à l'aide de bandes de gaze antiseptique.

Ligatures de catgut. — Lister emploie, pour faire les ligatures, une substance qui, ne jouant pas le rôle de corps étranger, s'unit avec les tissus, contracte avec eux une sorte d'intimité et *finit par se résorber* : cette substance est le *catgut*, vulgairement boyau de chat, corde à boyau, corde à violon, fabriqué avec des intestins de mouton, il est trempé dans l'huile phéniquée. La ligature se fait comme avec les autres fils connus, seulement le lien est coupé court et abandonné. Keith les emploie même pour les ovariotomies et sans accident : M. Polaillon et moi en avons fait usage dans les mêmes circonstances.

Drainage. — Les liquides doivent toujours et en tout point s'écouler facilement au dehors ; aussi, bien que Lister pratique la réunion immédiate, il ne fait jamais un pansement sans *tubes de Chassaignac*, comme il les appelle : il ne fait pas passer une anse d'un point à un autre, il introduit un tube assez volumineux debout dans l'ouverture et assez long pour se terminer juste au ras de la plaie (fig. 625) ; à l'extrémité externe sont fixés deux fils destinés à le retenir et à le tirer au dehors à chaque pansement. Ils sont préalablement trempés dans l'eau phéniquée forte.

Pour les introduire ainsi debout, dans les trajets, il se sert d'un instrument appelé *pince à fistule* (fig. 626), pince à pansement très-étroite. Il emploie aussi les réunions profondes avec un fil d'argent passé profondément et en faisant usage, comme Lister, de deux plaques de plomb.

Pour les pansements ultérieurs (le premier au bout de 24 heures,

les autres plus rarement), découvrir la plaie en prenant les mêmes précautions pour l'atmosphère, les mains, les instruments.

Fig. 625. — [illegible]

Pour les trajets fistuleux anciens [illegible] Volkmann, de Halle, le chlorure de zinc en injections [illegible]

Fig. 626. — [illegible]

après avoir [illegible] les trajets et les avoir [illegible] nulations ou fongosités avec la curette [illegible]

Fig. 627. — [illegible]

(fig. 627) (cupules d'acier [illegible] tranchants).

M. L. Championnière pense [illegible]

l'attirail du pansement antiseptique, qu'il y a grand avantage à faire le *Lister incomplet*. Il a employé aussi, comme ce chirurgien, une autre substance antiseptique, l'*acide borique* en solution, pour laver les plaies ou pour humecter les pièces de pansement (4 p. 100). Il est persuadé en un mot que, chaque fois que l'on se rapproche de la méthode antiseptique, on voit les résultats s'améliorer, et ce n'est pas là, pour lui, une médiocre preuve à l'appui de sa haute valeur, pour les cas où elle est appliquée dans toute sa perfection.

b. FIÈVRE TRAUMATIQUE. — *Les pansements antiseptiques la réduisent à un minimum.* — Dans sa thèse de concours (*De la fièvre traumatique*, 1872) ce chirurgien s'est attaché à démontrer qu'il existe bien une fièvre traumatique distincte de l'infection purulente et des autres complications fébriles. Son étude en est rendue plus facile par l'emploi du thermomètre qui permet de la *mesurer*. Pour lui la théorie qui consiste à démontrer que la fièvre traumatique est le résultat d'introduction de substances septiques dans les vaisseaux, n'est rien moins que démontrée : il pense que c'est une *fièvre de réaction*, résultat de l'action locale sur l'organisme tout entier par l'intermédiaire du système nerveux. Peu importe, les conséquences thérapeutiques sont les mêmes : comme cette fièvre est d'autant plus intense que les phénomènes d'irritation locale sont plus prononcés et les parties à éliminer plus considérables, il conseille comme moyens propre à l'éviter ou au moins à en atténuer l'intensité, les pansements antiseptiques du professeur Lister ou de M. A. Guérin.

c. PLAIE DE LA PAUME DE LA MAIN. — *Recherche des bouts des vaisseaux, emploi de la bande d'Esmarch.* — Partisan de la ligature dans la plaie des bouts artériels divisés qui fournissent des hémorrhagies si embarrassantes, il croit avec raison que la recherche de ces extrémités vasculaires est singulièrement facilitée par l'application de la bande d'Esmarch; il a employé plusieurs fois ce moyen, comme bien d'autres chirurgiens, et avec succès.

2° AFFECTION DES OS. — TRÉPANATION.

a. COXALGIE. — *Resection.* — Dans les coxalgies suppurées avec fistules anciennes, il est partisan de la resection lorsqu'on a épuisé les autres moyens classiques, pourvu qu'on n'attende pas trop longtemps, la temporisation n'ayant d'autres résultats que de laisser succomber les malades dans le marasme, et l'élimination spontanée des parties lésées étant un phénomène infiniment rare. Le pansé-

ment de Lister est encore une sûreté de plus pour la guérison de ces opérés. Il est d'autant plus enclin vers l'intervention qu'il a souvent vu des chirurgiens anglais, qui ont une si grande expérience de cette opération, la considérer comme de peu de gravité en elle-même. Il est difficile de dire s'ils en abusent, ce qui a pu être vrai pour quelques-uns, mais à coup sûr ils en ont des résultats fort remarquables et qu'il faut en grande partie attribuer à ce qu'ils n'attendent pas aussi longtemps que nous. Il faut reconnaître aussi que le nombre prodigieux de tumeurs blanches que l'on observe dans certaines villes d'Angleterre leur donne l'occasion d'agir infiniment plus souvent que nous ne pourrions le faire.

b. EMPLOI DE LA GUTTA-PERCHA. — *Pied-bot.* — *Redressement des ankyloses.* — M. L. Championnière emploie souvent les gouttières en gutta-percha, soit pour maintenir les pieds-bots, préalablement ténotomisés, soit pour maintenir les membres dont il a opéré le redressement pour ankylose vicieuse ou consolidation vicieuse.

c. INDICATIONS TIRÉES DES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES POUR LA TRÉPANATION DU CRANE. — *Méthode opératoire précise.* — A propos d'un cas de trépanation du crâne faite par lui à la fin de 1874 à Laribosière et suivie de succès, M. L. Championnière a lu à la Société de chirurgie (1) un travail sur les indications tirées des localisations cérébrales pour la trépanation crânienne.

L'homme en question, âgé de 26 ans, à la suite d'un traumatisme (instrument contondant) présente les traces d'un coup au niveau de la bosse pariétale gauche, avec paralysie du bras droit (mouvement), aphasie et difficulté de la déglutition. Accidents épileptiformes sans mouvements dans la partie paralysée ; le septième jour trépanation au niveau de la bosse pariétale. Un foyer de fracture est trouvé en avant ; — une couronne 1/2 ; — une esquille fichée dans la dure mère est extraite avec peine. Disparition de la paralysie 4 jours après et de l'aphasie le quatorzième jour ; — guérison complète. — Emploi de la méthode de Lister incomplète. C'est là un exemple de paralysie traumatique immédiate sans lésion d'excitation, telle qu'on en a observé dans certaines expériences physiologiques.

En étudiant non *un point* du cerveau, mais les *régions* du cerveau et les régions crâniennes correspondantes, M. L. Championnière a été amené à proposer pour la trépanation, dans des cas semblables, une méthode opératoire facile et sûre ; sur le cerveau il est facile de voir que l'espace occupé par les circonvolutions qui contiennent

(1) J. L. Championnière, *Bull. de la Soc. chir.*, 14 février 1877.

de ses opérations : dans deux trachéotomies, il a obtenu, pour l'une d'elles une hémostase *absolue*, moins complète pour l'autre : il l'a mis en pratique aussi pour la rectotomie, pour l'ablation des tumeurs de la mâchoire, du cou, de la vulve et en a obtenu, la plupart du temps, les meilleurs résultats. Il ne regrette qu'une chose, c'est que cet instrument ne puisse remplacer l'anse galvano-caustique, puisqu'il est impossible de l'appliquer *à froid* à la base des tumeurs.

Les conditions nécessaires pour obtenir un bon fonctionnement du thermo-cautère et éviter qu'il ne s'encrasse et vous laisse en chemin, sont les suivantes :

1° Mettre peu d'essence minérale dans le flacon ;

2° Maintenir le platine dans la flamme de la lampe *pendant une minute* sans faire jouer la soufflerie, puis souffler doucement jusqu'à ce que le cautère atteigne le rouge vif ; cette température atteinte, retirer le cautère de la flamme : il est amorcé et l'on pourra, désormais, suivant la vitesse du mouvement imprimé à l'insufflation à volonté, soit l'entretenir à un degré de chaleur constante (*le rouge sombre, on s'en souvient, est le degré hémostatique*), soit en élever ou en abaisser la température, en un mot accommoder instantanément la chaleur de l'instrument aux exigences de l'opération ;

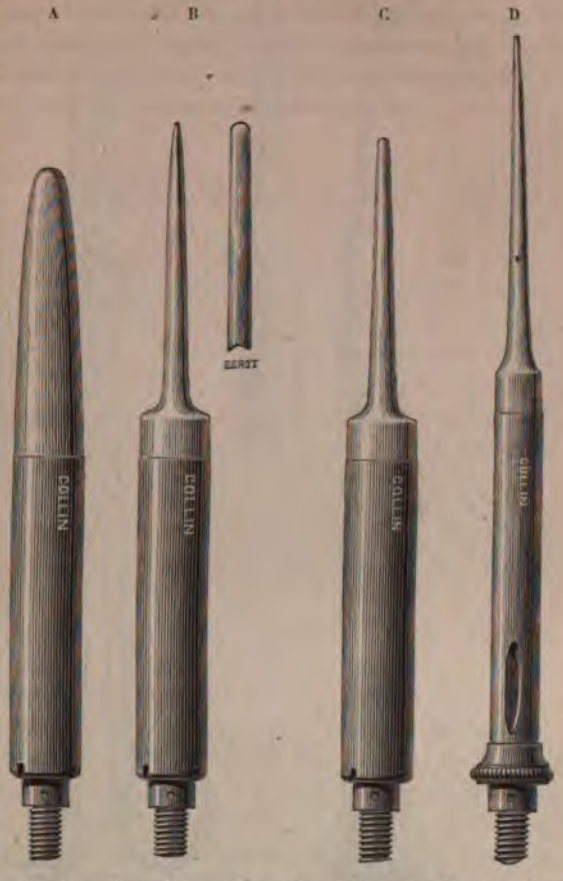
3° L'opération terminée, porter le cautère au rouge vif afin de brûler les produits qui se sont déposés sur les parois internes et externes du platine et, pendant qu'il est en pleine incandescence, séparer brusquement le manche de l'instrument du tube de caoutchouc qui le relie au récipient ;

4° Laisser refroidir librement le cautère pour l'éteindre, ne jamais le plonger dans l'eau.

Le reproche que feraient certains chirurgiens à l'emploi de cet instrument serait de produire des eschares consécutives assez étendues (1). M. Paquelin y répond (2) par une lettre : « J'ai consulté, dit-il, M. d'Arsonval qui se sert quotidiennement de mon instrument dans ses vivisections du Collége de France, au laboratoire de M. Cl. Bernard, et voici ce qu'il m'a répondu : Opérez au rouge sombre, distendez de chaque côté la peau de la région sur laquelle vous opérez, laissez le moins longtemps possible l'instrument en contact avec les téguments, c'est-à-dire *opérez à petits coups* et vous n'aurez que des eschares insignifiantes ou même des *plaies se cica-*

(1) *Discussion à la Société de chirurgie*, 1877.
(2) Paquelin, *Bull. gén. de thérap.*, 30 juin 1877.

ant par première intention. Tel est le résultat de mes expériences les lapins. » Sur les lapins, c'est possible ; mais, malgré toute la ıpathie que nous avons pour cet instrument, nous doutons que



628. — *Cautères Paquelin. — A, cautère cylindro-conique. — B, petits couteaux pour les opérations délicates (trachéotomie). — C, pointe à ignipuncture. — D, pointe très-fine pour les tumeurs érectiles.*

l'homme on obtienne, avec son emploi, des réunions par pre-ère intention, car toute plaie produite par le feu donne inévita-ment des eschares, quelque minces qu'elles soient.

M. Paquelin a bien voulu nous communiquer les figures de cer-nes espèces de cautère, imaginées par lui et qui ne sont pas encore ınues : on voit par là qu'on pourra les varier à l'infini. Ce sont :

1° Pour l'ensemble des figures 628 : le cautère cylindro-conique

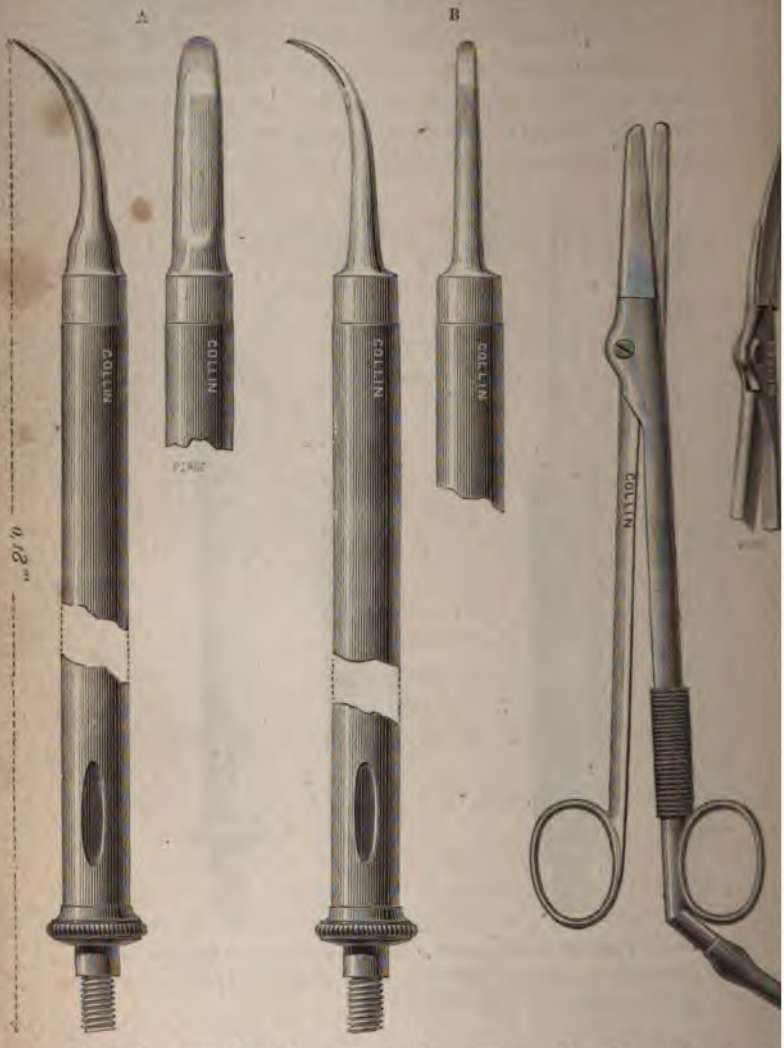


Fig. 629. — *Cautères Paquelin. — A, cautère courbe à grand diamètre transversal pour l'utérus. — B, cautère courbe à petit diamètre transversal* (polype naso-pharyngien).

Fig. 630. — *Cautère Pa lin. — Ciseaux droit courbes dont une lam en acier et s'appliq froid.*

de petits couteaux pour les opérations délicates telles que la

chéotomie (B), le cautère pointu (C) à ignipuncture, le cautère à extrémité encore plus pointue (D) pour le traitement des tumeurs érectiles ; les cautères courbes à grand diamètre transversal (fig. 629 A), pour agir sur le col utérin, à petit diamètre transversal (B) pour les polypes naso-pharyngiens, enfin les ciseaux (fig. 630) droits et courbes (pour les tumeurs pédiculées et les hémorrhoïdes) dont une lame est en acier et peut s'appliquer à froid.

2° AFFECTIONS DES OS ET DES ARTICULATIONS.

a. ARTHRITE SUPPURÉE DE L'ÉPAULE. — *Resection de la tête humérale.* — Dans bien des scapulalgies suppurées, il est permis d'espérer, on peut même obtenir une guérison, et cela surtout chez les enfants, sans opération : mais dans beaucoup d'autres cas, la suppuration fournie par les os nécrosés est telle que l'économie, déjà épuisée par une affection à marche lente, ne peut plus résister et ne tarde pas à succomber à l'hecticité. En pareil cas, il est impossible de compter sur l'élimination spontanée et on serait blâmable si on s'en tenait à l'expectation. Il faut de toute nécessité intervenir afin de de tarir la source du pus et de chercher à rendre au malade un membre utile, en un mot, faire de la vraie chirurgie conservatrice.

Chloroformisation. — Pour pratiquer cette résection, M. Gillette préfère le procédé de Langenbeck et de Malgaigne qui découvre bien mieux la tête humérale que les incisions externe ou postérieure dans lesquelles on est gêné par la présence de la saillie acromiale. — Incision verticale de 15 centimètres environ faite en avant et en dedans : repousser le tendon de la longue portion du biceps en dedans après avoir incisé toute l'épaisseur du deltoïde : section des brides qui retiennent encore la tête humérale à la cavité glénoïde. — Protéger les parties molles profondes avec une petite attelle; — faire basculer en avant et en dehors l'extrémité humérale, que l'on saisit à l'aide de la pince-davier si commode du Dr Farabeuf (fig. 631 et 632), et la reséquer dans une étendue variable avec celle de la lésion, soit avec la scie à chaîne, soit mieux avec la scie à main. — Tels sont les principaux temps de l'opération. Explorer le vaste cloaque avec le doigt, et s'il reste des fongosités tapissant la cavité glénoïde et la voûte acromio-claviculaire, les ruginer fortement. Établir à la partie postérieure de l'épaule une contre-ouverture par où on fait sortir un gros drain traversant toute cette cavité.

Pendant l'opération, M. Gillette fait usage des pinces hémos

Fig. 631. — *Davier à resection, du Dr Farabeuf.* Une double articulation per de saisir les os petits ou volumineux sans fatiguer les doigts.

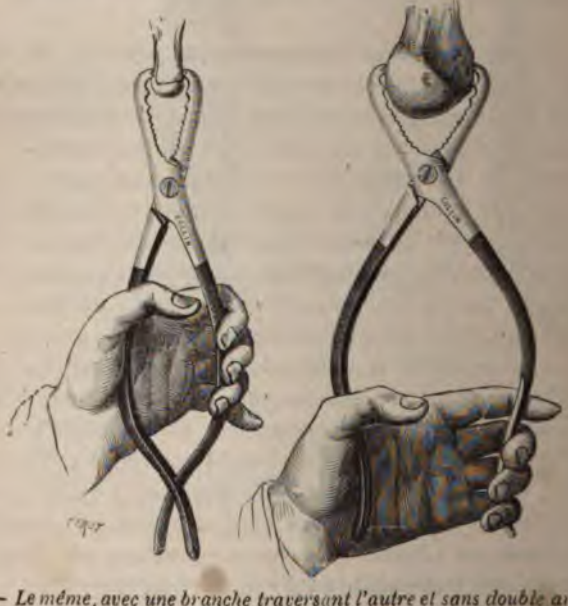


Fig. 632. — *Le même, avec une branche traversant l'autre et sans double articulati*

liques appliquées sur les artères qui donnent et retirées au bout de quelques minutes sans avoir besoin de faire aucune ligature.

Bourrer l'intérieur de la cavité avec une masse de charpie imbibée d'alcool pur et maintenir l'avant-bras dans la demi-flexion et le bras dans l'immobilité par l'application d'une gouttière plâtrée prenant tout le moignon de l'épaule et descendant jusqu'au poignet. Ne lever l'appareil qu'au bout de trois jours : puis laver la cavité avec l'alcool pur et panser avec la charpie trempée dans un mélange à parties égales d'alcool et de glycérine neutre. Surveiller l'appareil plâtré de peur qu'il n'exerce une trop forte compression sur quelque point du corps; n'enlever le drain qu'au bout d'un mois.

M. Gillette a présenté à la Société de chirurgie un homme de 54 ans (1) opéré par lui par ce procédé et chez lequel le résultat avait été très-satisfaisant. Tous les mouvements se passaient dans l'omoplate, celui d'abduction était seul limité. Il soulevait des fardeaux lourds.

b. TUMEUR DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE. — *Resection partielle du maxillaire. — Emploi du thermo-cautère Paquelin. — Usage de la sonde de Blandin et de la scie à main.* — M. Gillette emploie le *thermo-cautère* pour sectionner les parties molles. Voici comment dans la resection partielle du maxillaire inférieur (parties molles envahies également) il a réglé l'opération dans un cas d'épithélioma enlevé par lui chez un homme de 68 ans (2).

Premier temps. — Circonscription de la tumeur (parties molles) *par le thermo-cautère.* — Dans ce temps veiller à ce que le couteau soit constamment chauffé au rouge sombre ; n'intéresser la muqueuse buccale et gingivale que dans les derniers moments pour éviter l'effusion du sang dans l'arrière-gorge, si toutefois elle vient à se produire.

Deuxième temps. — Section du maxillaire. — Division de la muqueuse buccale. — Pour pratiquer cette resection, M. Gillette préfère de beaucoup se servir, au lieu de la scie à chaîne, de la sonde de Blandin (fig. 633) et de la scie à main. Il introduit rapidement cette sonde (bien commode dans les resections), pour la partie postérieure de bas en haut, pour la partie antérieure de haut en bas (après avoir enlevé les deux dents correspondantes) derrière le corps de l'os et le

(1) Gillette, *Présentation de malade. Bull. de la Société de chir.*, 10 janvier 1877.
(2) Gillette, *De l'emploi du thermo-cautère dans l'ablation des tumeurs* (*Société de médecine de Paris*, 26 août 1876).

sectionne facilement avec une petite scie à main. Il ne communique de cette façon aucun ébranlement à la mâchoire.

Troisième temps. — Pédiculisation de la tumeur. — Emploi de l'écraseur. — Ces deux premiers temps ont pour effet de pédiculiser la masse qui ne tient que par sa partie profonde au plancher de la

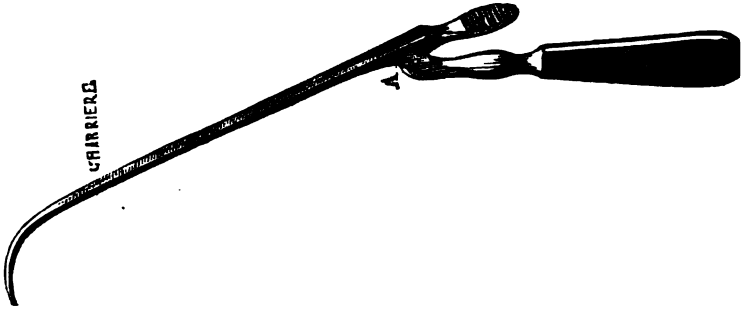


Fig. 633. — *Sonde à resection de Blandin.*

A, articulation permettant des mouvements de flexion.

bouche : il passe alors une anse d'écraseur derrière les sections osseuses et termine l'opération sans écoulement sanguin notable. Préalablement, avoir soin d'attirer et de fixer la langue hors de la bouche avec un fil pour éviter la rétraction et par suite l'asphyxie. Les deux figures (fig. 634 et 635) représentent la tumeur enlevée, vue d'un côté par sa face externe, de l'autre par sa face interne.

c. RESECTION DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR. — *Procédé de Nélaton.* — C'est le procédé de Nélaton côtoyant le rebord orbitaire pour suivre le sillon naso-génien qu'applique M. Gillette : il se sert de la scie à chaîne pour sectionner le pont osseux malaire (fig. 636), et de la pince de Liston pour couper l'apophyse montante et la voûte palatine.

d. COXALGIE. — *Appareil de Bouvier.* — L'appareil en cuir moulé de Bouvier (fig. 637 et 638) lui paraît très-commode pour la coxalgie ne s'accompagnant pas de fistule ou d'abcès. Il immobilise presque aussi bien que l'appareil de Bonnet et ne condamne pas tout le corps à une immobilité des plus absolues.

e. CORPS ÉTRANGER DU GENOU. — *Opération de Desault.* — M. Gillette ne saurait vulgariser cette méthode et préconiser dans tous les cas de ce genre l'extraction directe du corps étranger, ce qui peut exposer à des accidents dont on a plus d'un fois enregistré les funestes ré-

sultats dans la science. Toutefois l'opération de Goyrand d'Aix qui

Fig. 634. — *Cancer (épithelioma) de la région maxillaire inférieure (face externe).*

met incontestablement à l'abri de ces accidents est loin d'être tou-

Fig. 635. — *Meme tumeur vue par sa face interne.*

jours facile, et nous voyons dans bon nombre d'observations l'opérateur qui avait d'abord pour but de faire préalablement passer le

Fig. 636. — *Resection du maxillaire supérieur.*

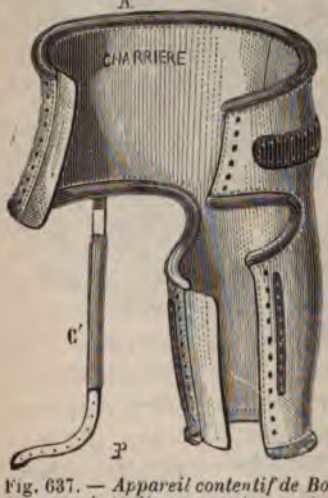


Fig. 637. — *Appareil contentif de Bouvier pour le traitement de la coxalgie.*
C', Valves ouvertes avant l'application.

Fig. 638. — *Appareil contentif de Bouvier pour le traitement de la coxalgie.*
C, Valves fermées après l'application.

corps étranger dans le tissu cellulaire sous-cutané, y renoncer par suite de ses nombreuses tentatives infructueuses, abandonner le corps dans l'article, ou terminer par l'extraction directe.

Desault, Spruyt, Velpeau, Huguier ont eu des exemples de succès à la suite d'extraction en un seul temps : aussi M. Gillette pense que, dans certains cas, les précautions minutieuses dont on doit s'entourer pendant le cours de l'opération, et celles qui sont relatives au pansement immédiat, influent beaucoup sur le résultat.

La grande rapidité avec laquelle il faut opérer en ayant soin de faire maintenir le corps étranger bien fixe en place, la formation d'un pli cutané fortement accentué à la base duquel l'incision est faite, la compression méthodique et continue du genou pendant tout le temps par un aide bien à son affaire, l'occlusion immédiate et rapide de la plaie avec le collodion et la baudruche, l'immobilisation immédiate de l'article et sa compression à l'aide d'un appareil ouaté irréprochable, sont autant de précautions dont on doit s'entourer minutieusement, et grâce auxquelles les craintes de l'extraction directe ont été peut-être un peu exagérées par les auteurs.

M. Gillette a opéré l'année dernière (juillet 1876) par cette méthode, à l'Hôpital Temporaire, un fort gaillard de 26 ans, portant depuis longtemps un corps étranger du genou droit représenté ici du côté de sa face convexe et du côté de sa face concave : cartilagineux, il offrait des bosselures multiples et affectait la forme d'une petite carapace de tortue (fig. 639). Le malade n'a eu à la suite de

Fig. 639. — *Corps étranger* (mobile) *du genou droit* (*faces convexe et concave mamelonnées* (grandeur naturelle).

cette opération aucun accident (pas la moindre douleur); un léger épanchement a seulement persisté un peu longtemps.

Ce succès ajouté à plusieurs autres ne doit pas toutefois nous faire oublier les résultats comparatifs signalés par M. H. Larrey, et nous ne conseillons d'avoir recours à cette méthode que dans des conditions toutes particulières. Le pansement de Lister vient cependant ajouter une chance de plus de sécurité à ce procédé opératoire.

f. OSTÉOSARCOME ARTICULAIRE ET PÉRI-ARTICULAIRE. — *Amputer le plus haut possible ou désarticuler.* — Dans un mémoire (15 observations) lu à la Société de chirurgie (1), M. Gillette a appelé l'attention sur les difficultés du diagnostic de cette variété d'ostéosarcome. Il a insisté sur la marche rapide de cette affection, sur son peu de tendance à la suppuration, sa résistance aux divers moyens thérapeutiques, l'exaspération des douleurs par la compression ouatée, la facilité avec laquelle la masse produit l'écartement des deux os au niveau de l'avant-bras et de la jambe, l'intégrité des surfaces articulaires.

La seule opération à tenter est évidemment l'amputation pratiquée le *plus loin possible du mal.* A propos de cette question, faut-il amputer? faut-il désarticuler? il rappelle, entre autres, un fait bien important ayant trait à un malade de M. Guyon dont le sarcome était limité à la partie inférieure du fémur, qui subit la désarticulation de la hanche, et chez lequel on trouva un noyau sarcomateux dans la tête fémorale et dans l'épaisseur du grand trochanter.

g. FRACTURES ET LUXATIONS DES PHALANGES. — FRACTURES DU COL ANATOMIQUE DE L'HUMÉRUS. — *Emploi de la gutta-percha.* — Ce chirurgien emploie souvent, dans ces sortes de traumatisme, les gouttières de gutta-percha (2), qui lui paraissent d'une grande commodité et immobilisent facilement la région : il fait fréquent usage aussi des attelles et gouttières plâtrées et silicatées.

h. ABCÈS PAR CONGESTION. — *Ponction aspiratrice.* — La méthode aspiratrice par le trocart capillaire permet maintenant d'attaquer les abcès congestifs volumineux sans crainte d'y laisser pénétrer l'air, aussi M. Gillette l'emploie-t-il fréquemment. Il se sert, à cet égard, soit de l'aspirateur à encoche de M. Dieulafoy à deux robinets et pourvu de trois trocarts et de quatre aiguilles (fig. 640), soit du grand aspirateur horizontal (fig. 641).

3° AFFECTIONS DU TUBE DIGESTIF.

a. HERNIE ÉTRANGLÉE. — *Kélotomie de bonne heure.* — *Section des tissus par pincement.* — M. Gillette est partisan, comme presque tous les chirurgiens de notre époque, de la kélotomie hâtive. Dans cette opération, il ne divise pas couche par couche les téguments,

(1) Gillette, *De l'ostéosarcome articulaire et péri-articulaire au point de vue clinique et des difficultés de son diagnostic* (*Bull. de la Soc. de chirurgie*, février, 1875).

(2) Voy. le service de M. le Dr Désormeaux.

. 640. — *Aspirateur à encoche et à deux robinets du Dr Dieulafoy, muni de trois trocarts et d'aiguilles.*

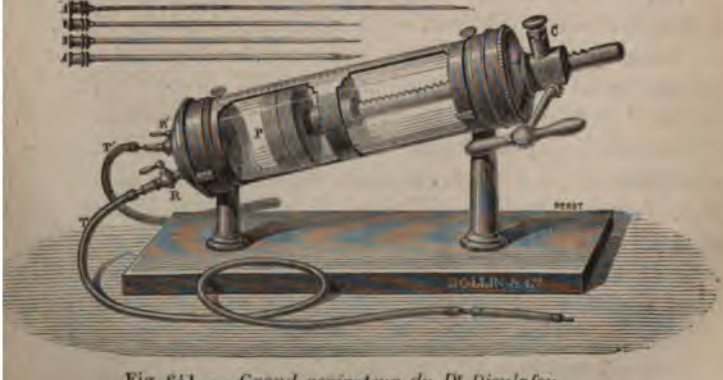


Fig. 641. — *Grand aspirateur du Dr Dieulafoy.*

c'est par transfixion faite à la base d'un pli produit aux dépens de la peau et des tissus sous-jacents, qu'il sectionne les tissus : il agit alors avec le bec de la sonde cannelée jusqu'à ce qu'il soit arrivé sur le sac ; à ce moment, pour éviter de blesser l'intestin, il emploie un moyen qu'il croyait lui appartenir, car il y a recours depuis deux ans, mais qu'il a trouvé formulé tout au long dans une communication de M. Rigaud (1) ; une fois au voisinage de l'intestin, il abandonne le bistouri et la sonde cannelée, et essaye de faire un léger pli à la surface de la tumeur en la saisissant entre le pouce et l'index ; s'il sent au-dessous de ce pli une tumeur globuleuse, c'est qu'il n'est point sur l'intestin ; il coupe alors avec la pointe des ciseaux et écarte avec la sonde cannelée ; il recommence pour la couche sous-jacente jusqu'à ce qu'au-dessous du pli il perçoive une cavité et non une tumeur globuleuse : il est sûr alors d'être sur le viscère. Ledran et Lawrence avaient également depuis longtemps indiqué cette manière de faire pour éviter de blesser l'intestin.

Les petits débridements multiples lui paraissent les meilleurs : au moment où il réduit le viscère, il ne le repousse jamais profondément dans l'abdomen, il le laisse pour ainsi dire à la porte, ce qui évite la propagation de l'inflammation au péritoine pelvien. — S'il y a de l'épiploon, il le laisse à l'extérieur, en pratique la ligature et la mortifie par des applications successives de perchlorure de fer. — Usage de l'opium ; — il n'emploie jamais le chloroforme, il n'y a du reste que la section de la peau qui soit très-douloureuse, et comme M. Gillette la pratique par transfixion, la douleur est de courte durée. Il a eu recours une fois à l'opération de J.-L. Petit (kélotomie sans ouverture du sac) et a réussi (Saint-Louis), mais il est en général peu partisan de cette méthode.

b. FISTULE A L'ANUS. — *Incision suivie de cautérisation. — Ramonage avec le nitrate d'argent.* — Ce chirurgien a employé les diverses méthodes qu'on a préconisées dans ces derniers temps, et il est revenu, après ces essais, à l'ancien procédé, qui est plus expéditif et donne d'excellents résultats, à savoir l'*incision simple* ou suivie, s'il y a lieu, de l'excision des bords indurés et des tissus fongueux qui sont un obstacle à la cicatrisation ultérieure : il y ajoute, comme MM. Verneuil, Duplay, L. Labbé, les *cautérisations au fer rouge* de la surface cruentée, si ces masses fongueuses sont en quantités trop considérables. L'*emploi du thermo-cautère* lui a donné cependant de bons résultats et il le préférerait à la *ligature élastique* des trajets

(1) Rigaud, *Bull. de la Soc. chir.*, 1875.

qui est très-douloureuse, agit lentement et expose à des accidents nerveux d'une certaine gravité : si on en faisait usage, il conseillerait, à l'exemple de M. Delens, de serrer d'emblée très-fortement le fil, et pour cela d'employer l'artifice décrit par ce dernier chirurgien (1). M. Gillette croit que, pour la thérapeutique de cette affection, les *caustiques* sont peut-être abandonnés d'une façon trop absolue ; aussi a-t-il appliqué, dans certains cas, le moyen employé une fois par A. Forget et qui consiste à fondre une petite quantité de nitrate d'argent *dans la rigole d'une sonde cannelée* et à cautériser le trajet fistuleux, quelle que soit sa hauteur, dans toute sa longueur et sur tous les points de la surface interne, en faisant éprouver des mouvements de rotation au porte-caustique.

c. RÉTRÉCISSEMENT DU RECTUM. — *Rectotomie linéaire avec le thermo-cautère.* — Ce procédé lui paraît de beaucoup supérieur à tous les autres. Introduction de la grande valve du spéculum américain écartant fortement la paroi antérieure du rectum, écartement latéral avec deux petites valves en bois, comme celles de Jobert (2) pour l'opération de la fistule vésico-vaginale. Section lente et graduée de toute la paroi postérieure du rectum, depuis l'anus jusqu'au coccyx (longueur variable suivant les cas) avec le couteau galvanique chauffé tout le temps au rouge sombre. Se guider de temps à autre avec le doigt et continuer cette section jusqu'à ce qu'on soit arrivé au rétrécissement, qui est également divisé dans sa partie postérieure. Mèche de glycérine introduite dans l'anus jusqu'au rétrécissement divisé, bandage en T : avoir préalablement débarrassé l'intestin par un purgatif et un lavement ; — usage de l'opium par pilules de 1 centigramme (10 ou 15 centigrammes dans les vingt-quatre heures), ne faire le premier pansement qu'au bout de trois à quatre jours. Dilatation avec une mèche trempée dans le mélange d'alcool et de glycérine neutre.

d. IMPERFORATION ANALE. — *Entérotomie périnéale. Proctoplastie.* — Procédé à essayer avant tout autre (méthode de Littre ou de Callisen). Cathétériser l'urèthre, ne point avoir recours au trocart ; petit malade couché dans le décubitus dorsal ; incision de la racine des bourses au coccyx ; recherche de l'ampoule avec la sonde cannelée ; se frayer la route à l'aide de la resection du coccyx qui est une excellente ressource ; saisir l'ampoule avec une pince à griffe, l'attirer, la suturer aux lèvres de la plaie cutanée (fig. 642) avec des fils de soie,

(1) Voy. le service de M. le Dr Delens.
(2) Voyez le service du professeur Gosselin.

ouvrir l'ampoule; dilater ultérieurement. — M. Gillette a (1) présenté tout récemment à la Société de médecine de Paris un enfant de 6 *mois* complétement guéri par ce procédé, et chez lequel il n'y

Fig. 642. — *Établissement d'un anus artificiel; opération terminée.*

avait eu ni incontinence dans les premiers jours qui avaient suivi l'opération, *ni aucun rétrécissement*. La figure 642 représente la suture de l'orifice périnéal.

4° AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES (HOMME ET FEMME). — MAMELLE.

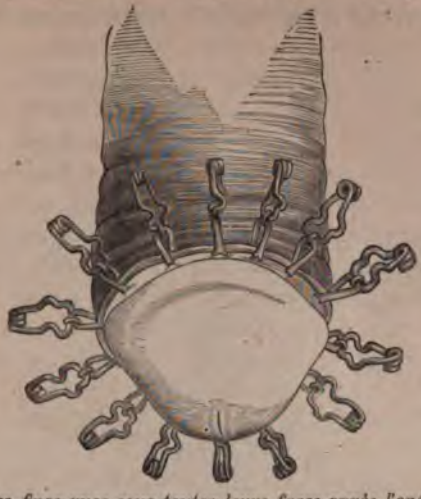
a. TESTICULE TUBERCULEUX. — *Ignipuncture*. — Ne pratique la castration qu'en dernière ressource; commence à faire de l'expectation et à combattre les phénomènes inflammatoires. Une fois les abcès formés, M. Gillette a recours à la méthode mise en usage par M. Verneuil (2), et qui consiste à ponctionner ces abcès et en même temps l'intérieur du testicule et de l'épididyme avec le cautère Paquelin le plus effilé ou des cautères pointus chauffés au rouge. Cette ignipuncture répétée plusieurs fois imprime au parenchyme testiculaire une modification telle, qu'il se ratatine, et reste dans les bourses à l'état de corps inerte privé certainement de fonctions, mais donnant une satisfaction morale au malade.

b. PHIMOSIS. — *Circoncision de la peau. — Incision de la muqueuse.*

(1) Gillette, *Imperforation ano-rectale, atrésie complète, entérotomie périnéale avec resection du coccyx; proctoplastie, guérison, sans incontinence des matières fécales et sans rétrécissement consécutif;* in *Clinique chirurg. des hôpitaux de Paris*, p. 309, 1877.

(2) Voy. le service du professeur Verneuil.

C'est le procédé décrit déjà à propos du service de M. Duplay, préfère M. Gillette. Resection oblique d'une petite portion de



643. — *Serres-fines, vues sous toutes leurs faces après l'opération du phimosis.*

u seule, de façon à ce qu'après la guérison le gland puisse res- recouvert : incision de la muqueuse et excision de ses angles.

Fig. 644. — *Opération du paraphimosis, réduction.*

plication d'une couronne de serres-fines (fig. 643) comprenant

peau et muqueuse. Chez un petit garçon qu'il vient d'opérer en ville il a obtenu la réunion par première intention malgré une hémorrhagie survenue le soir, et qu'il put arrêter en déplaçant deux serres-fines qu'il laissa comme pinces hémostatiques, sans les retirer de peur de perdre le bénéfice de la réunion sans suppuration.

c. PARAPHIMOSIS. — *Réduction.* — *Ne jamais débrider.* — Il suit, à cet égard, la pratique de M. Gosselin (1), et croit que, s'il est impossible de rien obtenir par le taxis, il vaut mieux temporiser. Dans la manœuvre il décrit trois temps, le premier (fig. 644) qui consiste à malaxer le gland qui est toujours plus ou moins gonflé ; le second a pour but non-seulement d'attirer tout le prépuce en avant en refoulant le gland avec les doigts, mais de faire glisser fortement les deux feuillets de ce prépuce l'un sur l'autre de façon à dégager surtout l'orifice muqueux (temps capital) ; dans le troisième on repousse fortement le gland en arrière : ce qu'il y a de difficile dans cette manœuvre, c'est que ces trois temps doivent s'exécuter simultanément et que les doigts ont fort peu de prise sur l'orifice préputial. — Il vient de réduire en ville chez un jeune homme de 25 ans un paraphimosis *datant de neuf jours* (limite extrême des tentatives), et chez lequel les adhérences formées déjà n'ont pas apporté à la réduction un obstacle invincible. — Maintenir la verge relevée sur la paroi abdominale, pendant quelques jours, lavages émollients.

d. ORCHI-ÉPIDIDYMITE. — *Ponction du testicule.* — N'emploie ni les applications de sangsues, ni surtout le collodion qu'il désapprouve complétement en cette circonstance, et se contente la plupart du temps de compresses résolutives. Si les douleurs sont très-vives, il s'est bien trouvé, à l'exemple de certains chirurgiens anglais et américains, de la ponction faite au centre du testicule : elle produit un bon débridement et en même temps favorise la saignée locale. Il fait usage également, quand la tunique vaginale est très-descendue, de la ponction de Velpeau, mais il croit que le premier moyen est meilleur pour amener une sédation dans les douleurs parfois très-vives qu'accuse le malade.

e. VÉGÉTATIONS DE LA VULVE. — *Emploi de la ligature élastique, du thermo-cautère, de l'acide chromique.* — Si les masses sont peu volumineuses, se détachent bien de la surface du derme et sont pédiculisables, M. Gillette emploie la ligature élastique en ayant soin pour tous les points qui ont échappé à la ligature (et il en reste toujours) de cautériser avec l'acide chromique, qui est le meilleur

(1) Voyez le service du professeur Gosselin.

caustique à employer en pareil cas. Si la masse est trop grosse (fig. 645), sessile, au lieu d'avoir recours à l'instrument tranchant et aux ciseaux qui donnent toujours lieu à un écoulement de sang considérable, il emploie le thermo-cautère, mais il faut agir très-

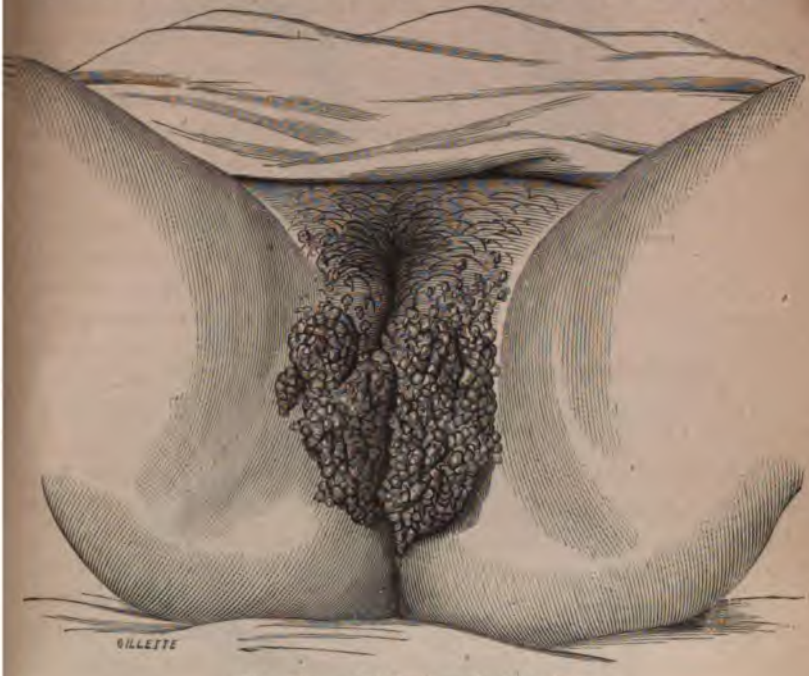


Fig. 645. — *Végétations de la vulve.*

lentement et par saccade, l'instrument porté au rouge très-sombre, sans quoi on a inévitablement du sang et en grande quantité.

f. DÉVIATIONS ET PROLAPSUS DE LA MATRICE. — *Emploi du pessaire à anneau de M. Dumontpallier.* — M. Gillette a employé avec avantage dans le cas de prolapsus utérin le *pessaire anneau* de M. Dumontpallier (fig. 646), composé d'un ressort de montre très-souple, très-élastique, entouré d'une enveloppe de gutta-percha. Sa souplesse permet l'introduction facile et fait que, se modelant sur les parties avec lesquelles il est en rapport, il ne gêne ni le rectum ni la vessie (1); nous avons pu nous rendre compte par nous-même que ce pessaire, qui offre des analogies avec celui de Meigs (de Philadel-

(1) Dumontpallier et Geny, *observations de déviations et de prolapsus de la matrice traités par l'application de l'anneau pessaire* (*Gaz. des hôpitaux*, 1875-76).

phie) et de Gairal (de Carignan) est facilement supportée et soulag bien mieux que tout autre la matrice en faisant disparaître les do

Fig. 646.

A. *Anneau pessaire de M. Dumontpallier.* — B. *Anneau pessaire prêt à être introduit.*

leurs, conséquence des déviations, en rendant plus de force physiq aux malades qui peuvent enlever des poids beaucoup plus lour qu'elles ne le faisaient avant l'application.

Fig. 647. — *Anneau pessaire à tige ou hystérophore sus-pubien de M. Dumontpallier.*

T, tige recourbée au-dessous du pubis et passant au-devant de la symphyse pubienne e trouve fixée P, armature à claire-voie en fer garnie de caoutchouc sur le milieu de laq se trouve, M, mortaise recevant la tige *t*, montée sur un tenon fixé par une vis à anneau clef ; C, ceinture maintenant en place l'armature, P, en passant au-dessus des hanches, et tour des reins ; S, sous-cuisse empêchant l'appareil de remonter.

Pour les cas compliqués de cystocèle et de rectocèle, M. Dumontpallier a fait construire un nouvel appareil (fig. 647) à tige, dit *hystérophore sus-pubien* (1), qui réussit quand le périnée et le sphincter vaginal ne peuvent pas retenir l'anneau : une tige courbée fixée à l'arc antérieur de l'anneau empêche le mouvement de dégagement de ce dernier. Ce médecin l'a appliqué un certain nombre de fois chez des malades atteintes de prolapsus utérin au 3e degré, il n'a qu'à s'en louer. Il lui paraît préférable à tous ceux qui sont exposés et dessinés par Fleetwod Churchill (2). — M. Gillette n'a pas d'expérience personnelle eu égard à l'efficacité de cet ingénieux instrument.

g. IMPERFORATION DE L'HYMEN, RÉTENTION DU FLUX MENSTRUEL. — *Temporiser le moins possible.* — *Aspiration.* — Règle générale, dans les cas d'imperforation de l'hymen, *il ne faut temporiser que le moins possible*, surtout quand les phénomènes, déterminés par une accumulation de sang considérable, sont très-prononcés : *donner issue au liquide* et *corriger la difformité*, telles sont les deux indications à remplir.

1° *Donner issue au liquide.* — Ponction avec un bistouri dans la poche proéminente qui, dans plusieurs cas, a fait croire à un accouchement à terme : incision de cette poche dans le sens antéro-postérieur, suivant le grand axe de la vulve ; à cette simple ouverture suivie d'incision, doit se borner tout le manuel opératoire : se garder d'exercer sur l'abdomen, dans le but de hâter l'évacuation du liquide, une compression qui pourrait avoir le danger d'en faire refluer une partie dans la grande séreuse ou de produire un vide aspirateur bien nuisible : à moins d'indication spéciale de combattre la putridité avec les antiseptiques, *on n'aura recours à aucune injection détersive* qui pourrait pénétrer dans les trompes et tomber dans le péritoine : laisser un moment la nature agir seule et l'utérus expulser par sa contraction lente et graduelle et non tout d'un coup le liquide qui y est contenu. M. Gillette préférerait même, au lieu d'avoir recours à l'incision de la poche, employer la *seringue aspiratrice* de Dieulafoy, armée de son trocart le plus volumineux (3) : ce qui lui a fait émettre cette idée est que, dans bien des exemples et entre autres celui qu'il a observé dans le service de M. Tillaux à Lariboisière, le sang qui s'échappe est assez liquide, peu mêlé de grumeaux et sort facilement.

(1) Dumontpallier, *Bull. de la Société de chirurgie*, 28 février, 1877.

(2) Fleetwood Churchill, *Traité pratique des maladies des femmes*. 2e édition. Paris, 1876.

(3) Gillette, *De l'imperforation au point de vue clinique et opératoire* (*Ann. de Gynécologie*, mai et juillet 1874).

2° *Corriger la difformité.* — Excision des angles de la plaie et veiller les jours suivants à ce que l'ouverture ne se ferme pas, moins par l'introduction de mèches permanentes que par celle d'une grosse bougie temporaire ou de l'extrémité du doigt, comme l'ont fait MM. Verneuil et Tillaux. Si on néglige cette précaution, on risquerait de voir se reproduire la déformation.

h. TUMEUR CANCÉREUSE DU SEIN. — *Ablation par le couteau. — Pas de réunion par première intention.* — M. Gillette préfère se servir de l'instrument tranchant dans l'ablation de ces tumeurs (fig. 648 et

Fig. 648. — *Extirpation du sein.*

a, main gauche du chirurgien tendant la peau en dehors de la mamelle; *b*, main droite tenant le bistouri; *c*, première incision.

649). On doit sacrifier la mamelle tout entière et ne pas chercher à en conserver une portion. Commencer par l'incision inférieure pour ne pas être gêné par le sang. Comme ces sortes de plaies suppurent presque inévitablement, il ne faut pas faire de réunion par première intention et panser à plat en rapprochant peu à peu les bords. — Pansement alcoolisé.

i. KYSTE DE L'OVAIRE. — *Ovariotomie.* — Attacher une grande importance aux traitements préparatoires et éviter les ajournements, une fois que le jour de l'opération est fixé; — emploi du lit Guéride pendant l'opération; — une fois l'opération (suivant les règles classiques) terminée, M. Gillette fait la toilette de la séreuse avec des

éponges montées, mais sans trop insister néanmoins et sans avoir la prétention de vouloir retirer absolument toute la sérosité péritonéale, car il l'a vue se reproduire à mesure qu'il l'enlevait. Il attache une grande importance à terminer l'opération et surtout les sutures

Fig. 649. — *Extirpation du sein.*

a, main gauche du chirurgien soulevant la mamelle et la portant vers la ligne médiane; *b*, main droite du chirurgien qui incise le tissu cellulaire sous-jacent à la mamelle; *c*, main d'un aide tenant la lèvre externe de l'incision.

(épingles à tête de verre, suture entortillée, fils métalliques) rapidement de façon à abréger un peu le sommeil chloroformique. Il pratique le pansement de la suture par occlusion (1) à l'aide de bandes de tarlatane, d'ouate et du collodion dont il couvre toute la longueur de la plaie. — Carde d'ouate épaisse, bandage flanelle, traversin sous les jarrets légèrement fléchis. — Emploi de cerceaux pour soutenir les draps et couvertures (fig. 650). C'est ce mode de pansement qui a été employé par lui sur l'une des deux ovariotomisées qu'il a présentées à l'Académie de médecine (2), et sur une troisième femme de 46 ans, également guérie (kyste ovarique avec gros papillome végétant du petit bassin) chez laquelle il s'est produit une gangrène de la paroi abdominale avec perte de substance

(1) Voy. le service de M. le Dr Polaillon.

(2) Gillette, *Bull. Acad. de méd.*, séance du 26 décembre 1876 ; *Union médicale*, 12 et 27 février 1877, et *Clinique chirurgicale des hôpitaux de Paris*. Paris, 1877.

par où s'est échappée une grande quantité de liquide putride provenant du sang dont on n'avait pu débarrasser complétement le petit bassin. Cette dernière malade a été opérée le 24 mai 1877 à l'Hôpital Temporaire, elle en est sortie le 25 juillet dernier.

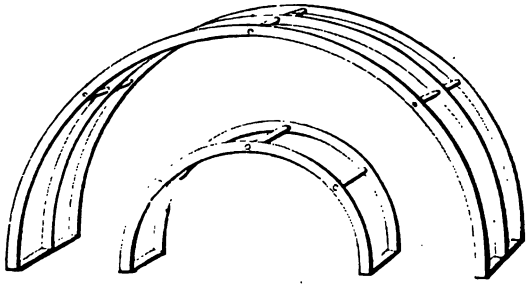


Fig. 650. — *Cerceaux pour soutenir les draps du lit.*

Dans les réunions qu'il fait après la gastrotomie, M. Kœberlé emploie deux sutures (1), l'une profonde destinée à amener la coaptation et la réunion des plans fibro-masculaires et sous-cutanés, l'autre superficielle qui n'affronte que la peau. Pour la réunion profonde il employait autrefois une suture enchevillée. A cet effet une longue aiguille armée d'un fil double à l'extrémité duquel était un bout de sonde, était plongée à 4 ou 8 centimètres en dehors de l'incision et traversait obliquement la peau, le tissu sous-cutané, les muscles et les tissus fibreux de la ligne blanche de manière à sortir au-dessus du péritoine : les tissus de l'autre lèvre de l'incision étaient traversés dans des points symétriques, mais en sens opposé, et l'aiguille revenue au-dessus de la peau était passée au travers d'une cheville (bout de sonde) sur laquelle ont nouait les deux chefs du fil de façon à maintenir l'affrontement de la paroi abdominale sans qu'il y eût traction sur la plaie.

Cette réunion avait le mérite de la solidité et rapprochait parfaitement les parois, mais elle avait l'inconvénient de traverser une assez grande étendue de couches cellulo-graisseuses et musculaires, ce qui donnait lieu parfois à des accidents de suppuration sur le trajet du fil. Ces accidents ont, il y a trois ans, déterminé M. Kœberlé à abandonner cette suture et à lui substituer un autre mode de réunion (fig. 651 et 652) qui n'intéresse absolument que les tissus connectifs : cette suture, faite dans les lèvres même de l'incision, ne comprend de chaque côté que les tissus fibreux de la ligne

(1) Kœberlé, *Annales de Gynécolog.*, mai 1877. — Voyez aussi Kœberlé, *De l'ovariotomie* (*Mém. de l'Acad. de médecine.* Paris, 1863-64, t. XXVI).

blanche et n'intéresse point le péritoine que l'on se contente de rapprocher et qui s'affronte tout naturellement lorsqu'on vient à nouer le fil. Le nœud doit être fortement serré sur les tissus, qu'il

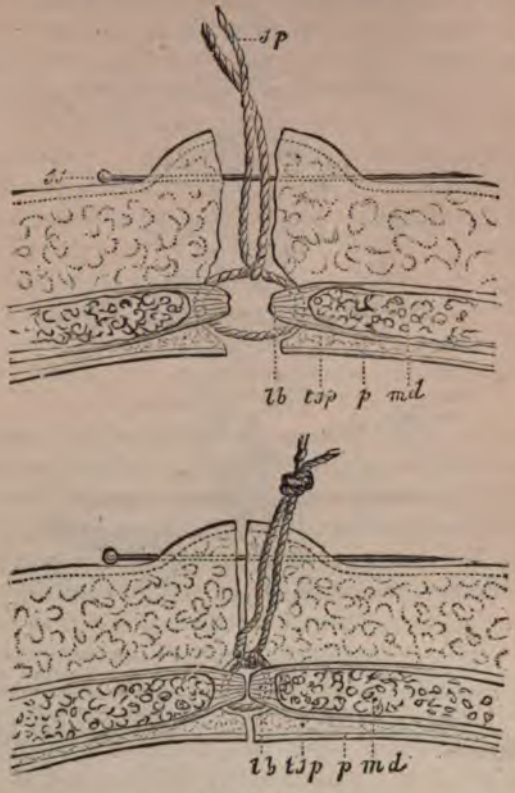


Fig. 651.

ss, suture superficielle entortillée; *sp*, suture profonde ne comprenant que les — *lb*, tissus fibreux de la ligne blanche en laissant le — *tsp*, tissu connectif sous-péritonéal et le — *p*, péritoine s'affronter librement; *md*, muscle droit.

est destiné à couper, et maintenir solidement les parois abdominales. Les extrémités du fil, tordues l'une sur l'autre, sont ramenées sur la peau par le trajet le plus court ou cheminent, suivant les circonstances, dans le sillon de l'incision jusque dans l'angle inférieur de la plaie, de façon à servir au besoin de drain, dans le cas où celle-ci viendrait à sécréter des liquides.

Ce mode de réunion est très-simple et fort solide : les fils restent en place jusqu'à ce qu'ils tombent d'eux-mêmes, et on peut appli-

quer, dès le premier jour, la suture collodionnée, faite de fils disposés régulièrement sur les côtés de la plaie et noués symétriquement sur la partie moyenne du ventre qui se trouve ainsi parfaitement

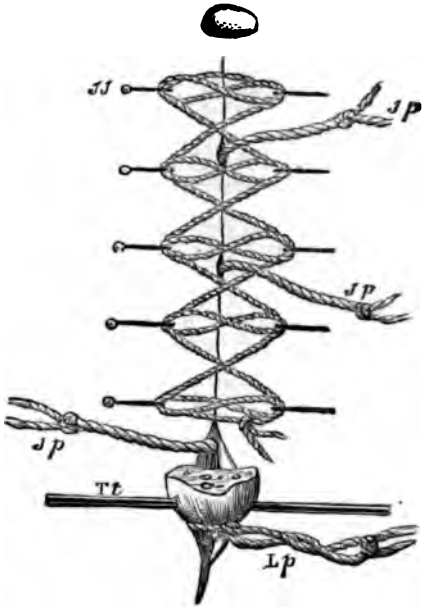


Fig. 652.

ss, suture entortillée superficielle ; *sp*, disposition des fils de la suture profonde le long de la ligne de réunion ; *Tt*, tige transversale traversant les tissus liés au-dessus de la — *Lp*, ligature du pédicule au niveau des téguments. — Les deux chefs du fil de la suture profonde, *sp*, avant d'être disposés le long de l'incision, doivent être préalablement tordus l'un autour de l'autre, d'une manière plus ou moins serrée, comme ceux de la ligature du pédicule, *Lp*, et ne forment ainsi qu'un seul cordon.

soutenu en même temps que les points de réunion sont garantis contre les tiraillements que pourraient occasionner des vomissements ou des efforts quelconques des opérées.

5° PLAIES. — ANTHRAX. — AUTOPLASTIES.

a. PANSEMENT DES PLAIES. — *Divers*. — Ce chirurgien, qui exclut presque d'une façon générale l'usage du cérat dans le pansement des plaies (1), emploie surtout le pansement à l'*alcool pur* au début, ou *alcool phéniqué*, et les lavages avec les mêmes liquides; le pan-

(1) Gillette, art. CÉRAT, *Dictionn. encyclopéd. des sciences médicales*, t. XIV, 1873.

sement avec un mélange d'*alcool et de glycérine* à parties égales lorsque la plaie suppure, pour revenir à l'alcool pur à la fin : en même temps le mode de *balnéation* est appliqué. Il se trouve bien également des *pansements rares* qu'on ne répète que tous les deux ou trois jours, du *pansement par occlusion* avec l'ouate, pour les brûlures par exemple, qu'on laisse à demeure pendant huit ou dix jours, — avec le *diachylon* (ulcères, plaies des doigts et des orteils) qu'on laisse appliqué un temps même plus prolongé, — avec le *taffetas Vigo*. Dans les amputations, il applique souvent le *pansement ouaté* qui lui a donné plusieurs succès pour les amputations de cuisse (3 succès sur 5) en ayant soin d'employer concomitamment le *drainage*.

b. PLAIES PRODUITES PAR LA BOUCHE DU CHEVAL. — *Le même traitement que pour les plaies contuses.* — Dans un mémoire sur ce sujet M. Gillette (2) a proposé les principales conclusions suivantes :

Ces plaies rentrent dans la classe des plaies contuses (mâchoire agissant par pression, par secousse violente, par torsion, par arrachement).

Elles donnent lieu fréquemment à un gonflement et à une tension énorme (phénomènes d'étranglement), à des symptômes inflammatoires très-intenses, surtout à des suppurations prolongées. Leur gravité tient au double effet contondant et déchirant de la bouche de l'animal, et non à un principe délétère. Leur traitement est le même que celui des contusions et plaies contuses (expectation, cataplasmes, balnéations, résolutifs). Débridements nécessaires et emploi du fer rouge si à l'intensité des phénomènes généraux vient s'ajouter une tuméfaction considérable et une menace de gangrène. Emploi des désinfectants et du permanganate de potasse en particulier. Tenter le rapprochement et la réunion des bords de la plaie s'il s'agit de morsure de la face. Chirurgie conservatrice dans les cas où les téguments ne sont pas trop délabrés ; si le membre est broyé, amputation immédiate.

c. ANTHRAX. — *Incisions multiples.* — *Teinture d'iode.* — Pour les anthrax volumineux de la nuque et du dos, M. Gillette est, contrairement à ce que pensent plusieurs chirurgiens de nos jours, partisan de l'intervention ; il fait des incisions multiples pénétrant jusqu'à la base de la tumeur, et avec un pinceau imbibé de teinture d'iode il badigeonne toutes les anfractuosités de la plaie le jour de l'opération et les jours qui suivent. Ce moyen a pour but de modifier singuliè-

(1) Gillette, *Des divers traumatismes produits par la bouche du cheval* (*Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1876).

rement toutes les parties qui ont tendance à la gangrène, de leur rendre une nouvelle vitalité et de favoriser par conséquent la cicatrisation.

d. ÉPITHÉLIOMA DE LA LÈVRE INFÉRIEURE. — *Cheiloplastie, méthode*

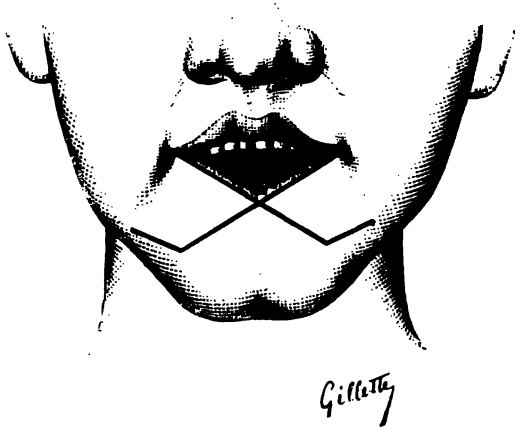


Fig. 653. — *Cheiloplastie. Méthode de Syme et de Buchanan; direction des incisions.*

de Syme et de Buchanan. — C'est cette méthode qu'applique de préférence M. Gillette quand le mal est limité à la partie antérieure de

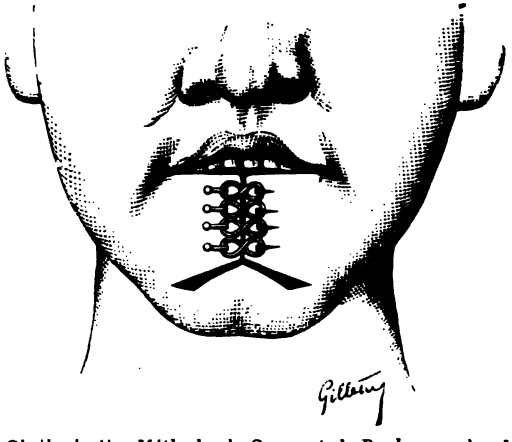


Fig. 654. — *Cheiloplastie. Méthode de Syme et de Buchanan, les deux lambeaux relevés et suturés. — En bas il reste deux petites surfaces cruentées losangiques.*

la lèvre. Dans deux cas, à l'Hôpital Temporaire, elle lui a donné un résultat très-satisfaisant au point de vue de la reconstitution d'une

nouvelle lèvre. Elle consiste (fig. 653) à circonscrire la tumeur entre les deux branches d'un V qui, prolongées plus bas, donnent un autre Λ ouvert à la partie inférieure et réuni au précédent par son sommet. Sur l'extrémité externe de chacune des branches du V inférieur, on fait tomber une incision transversale de 2, 3 ou 4 centimètres parallèle au maxillaire inférieur; dissection des deux lambeaux quadrilatères qu'on relève et qu'on suture sur la ligne médiane (fig. 654) (suture entortillée) : les deux branches obliques du V supérieur ne font plus qu'une ligne horizontale; les deux branches obliques du V inférieur ne font plus qu'une ligne verticale, il reste en bas deux petites surfaces losangiques saignantes qui, en se fermant, donnent à la cicatrice, avec la ligne verticale précédente, la forme ⅄ d'un Y renversé.

M. LE DOCTEUR TERRILLON (1)

1° AFFECTIONS DES NERFS.

NÉVRALGIE DU NERF DENTAIRE INFÉRIEUR. — *Névrotomie, procédé de M. Michel (de Strasbourg)*. — On sait que les névralgies siégeant sur le trajet d'une des branches du trijumeau sont bien souvent rebelles aux médications dirigées contre elles. Souvent aussi elles entraînent, à cause de leur persévérance ou de leur intensité, un retentissement fâcheux sur l'état général du malade. Ces différentes raisons font, comme le dit M. Terrillon (2), que souvent on est obligé d'intervenir et de pratiquer la section du rameau atteint de névralgie rebelle.

A quel niveau peut-on pratiquer la section du nerf dentaire?

1° *A sa sortie du canal dentaire* dans le point où il prend le nom de mentonnier. Nélaton, Malgaigne et d'autres chirurgiens ont employé ce procédé, mais il y eut soulagement momentané seulement ou récidive, parce que, dans tous les cas, comme dans la plupart

(1) 1876, Chirurgien du Bureau central, — suppléant à l'hôpital Saint-Antoine.
(2) Terrillon, *Traitement chirurgical de la névralgie dentaire inférieure.* (*Bull. gén. de thér.*, 15 et 30 décembre 1876.)

des névralgies dentaires, la douleur remontait le long du traj
nerf; aussi, malgré la destruction de la terminaison du nerf qui
le point de départ des accès névralgiques, ceux-ci reparais
bientôt sur le trajet du cordon resté intact.

2° *Dans le trajet du canal dentaire* (trépanation de la table ex
de l'os). — Ce procédé met à l'abri des récidives, mais a l'im
inconvénient de produire une lésion osseuse qui peut être
grave puisqu'elle a été suivie de mort.

3° *Au niveau de son entrée dans le canal, près de l'épine de Sp
un mot près de son origine.* — M. Terrillon pense que, dans la p
des cas, le nerf dentaire doit être coupé près de sa naissance
loin possible de son épanouissement, et il donne la préfére
procédé de M. Michel, de Strasbourg (actuellement à Nanc
a le grand avantage de donner une plaie qui guérit rapidem
ne laisse aucune trace extérieure : il comprend les quatre
suivants :

Premier temps. — Application d'un bâillon latéral placé d
opposé à l'opération et emploi d'un écarteur simple du cô
lade, destiné à écarter la joue et à donner du jour. On peut
roformiser.

Second temps. — Incision, au fond de la bouche, de la mu
qui recouvre le bord antérieur du tendon du muscle temporal.
incision, qui est un peu plus interne que le bord saillant de
physe coronoïde, doit s'étendre de la dernière molaire supér
la dernière molaire inférieure et aller directement jusque
tendon du crotaphite.

Troisième temps. — Introduction du bout de l'index gauche
le ptérygoïdien interne qui est en dedans et l'apophyse coro
recouverte du temporal qui est en dehors : on sent en haut l'
de Spix. Si on a de la peine à la sentir, dénudation avec la
cannelée.

Quatrième temps. — Section du nerf, introduction d'un petit
mousse (fig. 655 et 656, ou plutôt d'une petite érigne égale
mousse (fig. 657 et 658), glissée le long de la face palmaire de l'i
gauche jusqu'au niveau de l'épine de Spix où le nerf attiré lé
ment est coupé : l'artère dentaire, sectionnée en même temps, d
un petit jet de sang, mais l'hémorrhagie s'arrête bientôt. Ce tem
très-délicat et même difficile. Si on veut faire la résection
partie du nerf, on peut employer le crochet mince de Menz
ressemble à un petit lithotriteur et permet de saisir le nerf
l'attirer à une certaine distance. M. Terrillon se contente de s

la place du crochet un petit bistouri boutonné et de couper sur la face interne du maxillaire le nerf et l'artère. Il a répété sept fois sur le cadavre cette opération avec beaucoup de soin, et il a constaté que la facilité qu'on éprouve pour couper le nerf est très-variable,

Fig. 655. *Crochet mousse demi-circulaire.*

Fig. 656. *Crochet mousse angulaire.*

Fig. 657. *Érigne simple à manche.*

Fig. 658. *Érigne double à manche.*

selon les sujets : la principale difficulté tiendrait au peu d'écartement qui existe entre les deux dernières molaires, la bouche étant largement ouverte.

Il a pratiqué avec succès cette opération, en août 1876, à Saint-Antoine chez une femme de trente-huit ans, atteinte de névralgie du nerf dentaire datant d'un an et demi. Sans se servir du crochet, ayant son index gauche sur l'épine de Spix, il glissa un ténotome mousse au-dessus de cette épine, sur la face interne du maxillaire, sans aller trop en arrière ou en dedans, de peur de léser le lingual, et coupa le nerf et l'artère sur la branche montante. Les suites de l'opération furent peu sérieuses, malgré le développement d'un phlegmon qui dura cinq jours ; toutefois, la guérison s'est-elle maintenue suffisamment pour être considérée comme définitive ? on sait que, même après la névrotomie, certaines névralgies se montrent encore rebelles après l'opération et reviennent même au bout d'un long laps de temps : chez la malade de M. Terrillon, trois mois et demi après la section, la récidive n'était pas réapparue : chez elle, l'anesthésie, qui avait succédé au niveau de la distribution du nerf mentonnier, a disparu, et on ne trouve plus qu'une diminution légère des différentes sensibilités en comparant avec le côté opposé.

2° AFFECTIONS DE L'ÉPAULE ET DU CRANE. — AMPUTATIONS.

a. FROTTEMENT SOUS-SCAPULAIRE. — *Thérapeutique obscure.* — *Électricité.* — *Prothèse.* — M. Terrillon, dans son travail sur le *frottement sous-scapulaire* et le *Développement d'une bourse séreuse accidentelle sous l'omoplate*, a attiré l'attention des chirurgiens sur une affection mal connue de beaucoup d'entre eux et inconnue à un nombre encore plus grand : entre les faits produits par l'auteur, il y a certains traits communs dont les principaux sont la nature des frottements, le sens des mouvements qui les provoquent le mieux, l'abaissement du moignon de l'épaule pendant l'inaction des membres supérieurs, ainsi que l'écartement du bord spinal de l'omoplate de la cage thoracique, enfin le siége ordinaire des craquements au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate. L'étiologie de cette singulière affection reste obscure, car il n'est rien moins démontré que ces craquements ont toujours pour cause le développement d'une bourse sous-scapulaire. Or, la thérapeutique se ressent de cette lacune et est également très-obscure. M. Terrillon inclinerait à pencher vers l'influence des mouvements professionnels : dans un cas, un appareil prothétique a soulagé instantanément le malade et lui a rendu possible l'exercice de son métier.

b. LUXATION DE L'ÉPAULE. — *Tractions élastiques continues.* — Cette méthode (1) inspire une grande confiance à ce chirurgien qui l'a employée avec succès un certain nombre de fois. On peut même dire qu'aujourd'hui, selon lui (2), elle est passée dans la pratique courante. Elle est d'une application facile et cause peu de douleur au malade. Elle supprime les dangers des tractions trop énergiques, puisqu'il suffit généralement chez un adulte de 10 ou 15 kilogrammes et assure les mêmes avantages que la chloroformisation, sans que l'on ait à craindre les accidents qui surviennent quelquefois inopinément dans le cours de l'anesthésie la mieux dirigée.

Il adopte, à l'égard du chloroforme appliqué à la réduction des luxations, pleinement et sans réserve, la pratique de M. Gosselin : c'est toujours une chose sérieuse que de chloroformiser un malade, et l'on ne doit avoir recours à l'anesthésie chirurgicale dans le traitement des luxations récentes que lorsque tous les autres moyens ont échoué. On se tromperait, du reste, si l'on croyait que

(1) Voy. le service de M. le Dr Th. Anger.
(2) Terrillon, Th. agrégat., 1875.

le chloroforme supprime absolument toute résistance musculaire : « A quelque degré que soit portée l'abolition de la motilité, dit M. Sédillot (1), on voit les contractions musculaires se réveiller avec énergie pendant les efforts de l'extension, et il serait dangereux, comme nous avons eu plusieurs fois l'occasion de le signaler, de vouloir en triompher. » — Nous nous associons complétement à cette crainte du chloroforme dans son emploi pour la réduction des luxations, et, chaque fois que nous avons affaire à un déplacement récent, nous essayons et essayons encore les moyens de douceur avant d'avoir recours à l'anesthésie que nous réservons uniquement comme ressource ultime et dont nous ne faisons guère usage qu'avec regret.

c. PLAIE DU CRANE. — *Trépanation*. — A propos d'une observation lue par M. Proust à l'Académie de médecine, M. Terrillon a présenté un travail à la Société de chirurgie avec considérations anatomiques fort intéressantes, sur les plaies du crâne accompagnées de symptômes cérébraux dans leurs rapports avec l'étude des localisations cérébrales (2) et l'emploi du trépan. Le fait commun à MM. Proust et Terrillon, qui a été l'objet d'un rapport de M. Gosselin, 3 avril 1877, à l'Académie, est relatif à un jeune homme de dix-neuf ans qui fut frappé d'un coup de sabre-baïonnette à la partie gauche de la tête : une plaie est produite, le sang s'écoule abondamment, et le blessé perd connaissance pendant environ un quart d'heure. Puis tout se passe bien pendant douze jours, au bout desquels apparaissent trois symptômes cérébraux importants : difficulté pour trouver ses mots (aphasie), faiblesse notable du membre supérieur droit (monoplégie), paralysie presque complète de tous les muscles animés par la portion du nerf facial droit qui se distribue au-dessous de l'orbiculaire palpébral.

Apporté à l'hôpital seize jours après l'accident et quatre jours après le début des phénomènes cérébraux, le malade présente une plaie contuse suppurante au-dessus de l'oreille gauche et au fond de cette plaie une fracture avec un enfoncement incontestable du pariétal. — Pensant que ces accidents sont dus à une compression, à une irritation de la substance cérébrale par les fragments déprimés, et qu'en conséquence il y a indication de relever ou de supprimer ces derniers, M. Terrillon *applique au-dessus et en arrière de la partie enfoncée une couronne de trépan* et se sert de la voie ainsi ouverte pour enlever trois fragments osseux (fig. 659 et 660). Au mo-

(1) Sédillot, *Contribution à la chirurgie*, t. I, p. 132.
(2) Terrillon, *Bull. de la Soc. de chir.*, 6 décembre 1876.

ment où la dernière pièce est ôtée, il constate la sortie de quelq gouttes de pus mêlé avec du sang. Au moment où l'opération terminée, les mouvements étaient en grande partie revenus dan

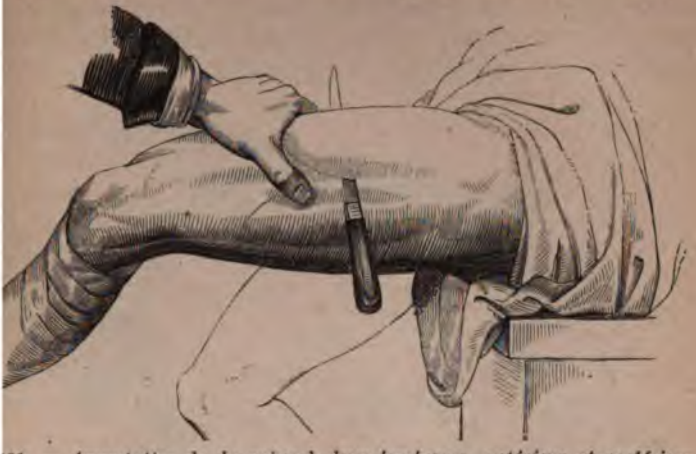
Fig. 659. — *Application du trépan, Bernard et Huette* (médecine opératoire).

Fig. 660. — *Manière de s servir du couteau lent culaire pour égaliser l bords de la section d l'os.*

membre supérieur, et l'aphasie avait elle-même notablement d nué, puisque le malade a pu compter de suite à haute voix depu jusqu'à 97, chose impossible avant le trépan. Cette amélioration accentuée de plus en plus, et au bout de deux mois c'est à p s'il restait quelques traces de l'aphasie et de la parésie du mer supérieur. L'hémiplégie faciale avait elle-même tout à fait disp MM. Proust et Terrillon ont attribué ce succès à ce que l'ablatio fragments enfoncés avait fait disparaître la lésion produite pa fragments sur la substance corticale, qui, d'après les recherches velles de MM. Fritsch, Hirtzig et Ferré, confirmées par celle MM. Carville, Duret, Charcot, sont des *centres moteurs pour le mer supérieur et la face*, et à ce que, en même temps, l'opération avai barrassé la troisième circonvolution frontale gauche dans laq M. Broca a localisé la faculté du langage articulé (1).

(1) Voy. le service de M. le Dr J.-L. Championnière.

AMPUTATION DE LA CUISSE. — *Méthode à deux lambeaux.* — M. Ter-



61. — *Amputation de la cuisse à deux lambeaux, antérieur et postérieur.*

n emploie de préférence à toute autre cette méthode qui per-

Fig. 662. — *Bandage de la cuisse, après amputation.*

irection des tours de bande.

par suite de la juxtaposition des lambeaux, d'obtenir toujours,

en faisant une compression méthodique, un peu sinon beaucoup de réunion par première intention (fig. 661 et 662) ; les deux lambeaux antérieur et postérieur sont taillés un peu obliquement, de dehors en dedans pour la peau (c'est-à-dire dessinés), puis par

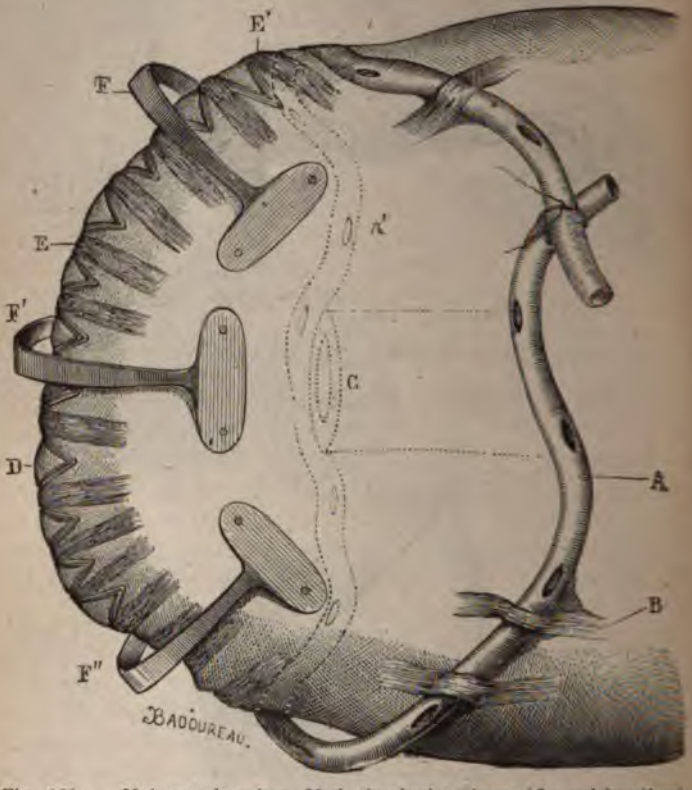


Fig. 663. — *Moignon de cuisse. Mode de réunion*, Azam (*fig. schématique*).

AA', drain hors de la plaie et dans la plaie; B, charpie collodionnée pour le maintien du drain solide; C, coupe de fémur, sa situation par rapport au drain; D, fils de la suture entortillée demeurés en place après extraction des épingles séance tenante; E, E', faisceaux de charpie collodionnée renforçant la suture; F, F', F'', pinces à affrontement profond.

transfixion pour les muscles. Il fait un usage fréquent, comme pansement, de la méthode de son maître, M. A. Guérin. De plus, il cherche à obtenir surtout la réunion profonde des lambeaux sur l'extrémité osseuse sectionnée.

M. Azam, de Bordeaux, qui a bien voulu mettre à notre disposition ces deux figures représentant le schéma d'un moignon d'amputé

suturé, a formulé en ces termes son mode de pansement dans la réunion des grandes plaies d'amputation (fig. 663 et 664) :

1° Réunir par première intention toutes les parties qui peuvent

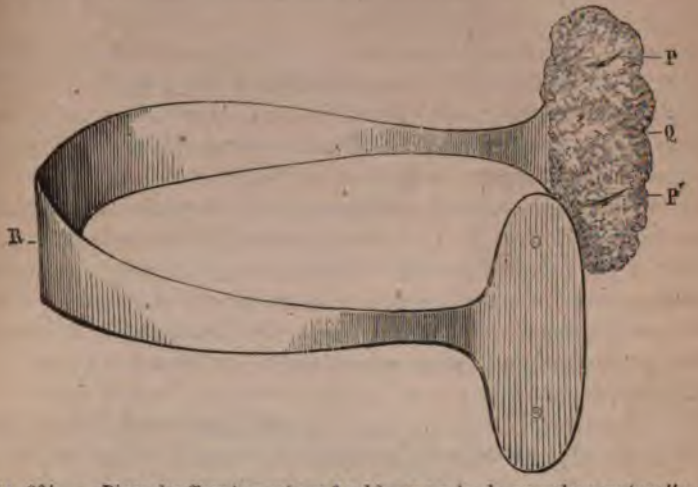


Fig. 664. — *Pince à affrontement profond à peu près de grandeur naturelle.*

PP', très-petites pointes pour éviter le glissement ; Q, plaque d'agaric pour protéger la peau ; R, ressort de force suffisante et calculée.

être réunies, faciliter la suppuration de celles qu'on ne peut se dispenser de laisser suppurer ;

2° Drainage profond, suture profonde, suture superficielle.

Voici comment, dit-il, il comprend le *moignon de l'avenir* (1) :

1. Amputation à lambeaux ;

2. Ligatures organiques, hémostase parfaite ;

3. Drainage profond, maintien solide du drain par des bandelettes collodionnées près des ouvertures ;

4. Suture entortillée avec des épingles fixes, faisceaux intermédiaires collodionnés, cuirasse autour ; sortie des épingles séance tenante après dessiccation ;

5. Affrontement des lambeaux le plus près possible du drain par des pinces à larges mors qui demeureront en place jusqu'au premier pansement ;

6. Protection de la peau à la partie inférieure contre l'action des liquides sortant du drain ;

(1) Azam, *Bull. de l'Acad. de médec.*, 22 mai, 1877, et *Progrès médical*, 21 février 1877.

7. Bandage au coton; pansements très-rares, lavages à l'eau phéniquée.

3° AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES (HOMME ET FEMME).

a. CORPS ÉTRANGER DE LA VESSIE. — *Taille.* — Chez un homme entré le 28 octobre 1876 à Saint-Antoine et qui s'était introduit un *crayon* dans l'urèthre, M. Terrillon commença par une tentative d'extraction avec le lithoclaste; on peut se servir dans ces cas avec avantage du redresseur de Robert et Collin : le lendemain il recommença; mais, comme après chacun de ces essais le malade fut pris de frissons violents et de fièvre intense, il pratiqua la taille périnéale et put extraire le crayon. Le malade succomba aux lésions classiques de l'infection purulente, et on trouva un *abcès périvésical* avec *perforation de la vessie :* cette perforation avait été le résultat des contractions de la paroi musculaire de ce réservoir sur le corps étranger pointu.

J'ai rapporté (1) un cas analogue observé dans le service de M. Péan à Saint-Louis. Le chirurgien ayant pratiqué la taille prérectale retira le crayon qui avait une longueur de 10 centimètres 1/2 et de 1/2 centimètre de diamètre : un de ses bouts, parfaitement taillé, présentait encore la mine de plomb intacte : c'est par l'extrémité mousse que cet homme (27 ans) l'avait fait cheminer par le canal. La perforation vésicale avait donné passage à une certaine quantité d'urine qui, s'infiltrant dans le tissu cellulaire pelvien, avait été le point de départ des accidents terribles auxquels avait succombé le malade.

Ces deux exemples nous montrent une fois de plus les effets désastreux des *corps étrangers piquants* sur la muqueuse génito-urinaire et peut-être la nécessité qu'il y aurait en pareil cas à recourir *toujours* et *séance tenante* à l'*extraction périnéale immédiate*, sans temporiser et sans s'arrêter à faire, par les voies naturelles, des tentatives qui n'ont pour effet que d'augmenter le traumatisme exagéré encore par la contraction de la vessie et l'application de ses parois sur les deux extrémités du corps étranger.

b. TROUBLES DE LA MENSTRUATION APRÈS LES LÉSIONS CHIRURGICALES OU TRAUMATIQUES. — *Thérapeutique en rapport avec la variété de trouble produit par ces traumatismes.* — M. Terrillon dans un Mémoire (2)

(1) Gillette, *Clinique chirurgicale des hôpitaux de Paris*, 1877, p. 87.

(2) Terrillon, *Des troubles de la menstruation après les lésions chirurgicales ou traumatiques.* (*Progrès médical*, 1874.)

a attiré l'attention des praticiens sur l'influence que peuvent exercer les traumatismes chirurgicaux ou autres sur les troubles de la menstruation. Voici les conclusions auxquelles il est arrivé dans ce travail n'ayant pas moins de vingt-une observation pour base :

L'action produite par ces traumatismes sur les menstrues est variable et se rapporte aux trois cadres suivants : ou bien les menstrues sont respectées; ou bien elles sont supprimées, accélérées ou retardées ; ou bien ces traumatismes déterminent en dehors de l'époque menstruelle une *épistaxis utérine* de courte durée ordinairement (2 jours environ) sans symptômes concomitants et qui n'agit que faiblement sur l'époque menstruelle suivante. Ces traumatismes correspondent à plusieurs zones.

La *première zone* (appareil sexuel; utérus, ovaire, vagin, vulve) agit en provoquant le plus souvent une épistaxis utérine ou le rappel des règles suspendues.

La *deuxième zone* (zone voisine de l'appareil sexuel ou génital : rectum, anus, vessie, partie supérieure des cuisses) amène une épitaxis ou une avance des règles.

La *troisième zone* (seins) peut produire tous les troubles.

La *quatrième zone* (autres régions du corps, membres) peut provoquer également toutes les variétés, mais est plus rarement la cause de quelques troubles.

Ces différents troubles de la menstruation ne paraissent pas avoir une influence bien fâcheuse sur la santé des malades; par conséquent, ils n'exigent pas une intervention thérapeutique indispensable ; si elle est nécessaire, cette thérapeutique variera du reste, on le comprend, avec le genre de trouble apporté par le traumatisme ; mais, en général, l'expectation suffit, et, au bout de quelque temps et spontanément, les règles reprennent leur périodicité normale.

M. Terrillon ne peut préciser à quelle cause exacte on doit attribuer ces perturbations : est-ce à l'ébranlement nerveux, à la fièvre traumatique, à la perte de sang ? etc., il ne peut l'affirmer : il est probable que la plupart de ces causes agissent conjointement.

4° AFFECTIONS DES FOSSES NASALES ET DE L'ŒSOPHAGE.

a. POLYPES MUQUEUX. — *Méthode par excision. — Opérations complémentaires.* — C'est la méthode par excision, méthode plus sûre, mieux réglée et plus parfaite, selon lui, que préfère de beaucoup M. Terrillon (1). Elle est de création moderne, et on peut dès à pré-

(1) Terrillon, *Bull. de thér.*, 30 décembre 1874.

sent prévoir les services nombreux qu'elle est appelée à rendre dans la pratique chirurgicale, bien que son application soit un peu plus minutieuse que les autres procédés en cours jusqu'ici et qu'elle nécessite une certaine adresse de la part du chirurgien.

Il emploie, pour cette méthode, le petit spéculum et la pince à anneaux modifiée ainsi que le *polypotome de Wilde* (2), instruments dont nous avons indiqué les avantages et le manuel opératoire. La répullulation de ces tumeurs qui est si fréquente est une chose sur laquelle il insiste tout spécialement et qui mérite d'être prise en sérieuse considération. Cette répullulation, dit M. Terrillon, peut se faire de deux façons différentes, sur lesquelles les auteurs ne sont pas encore fixés : tantôt des polypes, trop petits pour être enlevés, existent sur la muqueuse voisine du lieu de l'opération et se développent ensuite : tantôt, au contraire, la muqueuse bourgeonnerait au niveau de la plaie laissée par l'opération et de ce bourgeonnement exagéré naîtraient de nouvelles tumeurs. Autrefois, avant l'emploi du spéculum, on se contentait de faire, dans les fosses nasales, des injections astringentes ou légèrement caustiques, mais qui étaient impuissantes à détruire le germe des polypes et pouvaient devenir nuisibles pour la muqueuse saine.

Actuellement, grâce à cette facilité qu'on a pour voir le point d'implantation ou y conduire des instruments, on peut, suivant M. Terrillon, agir plus sûrement, plus activement, ne faire que l'indispensable, rien de trop et avoir recours à des *opérations complémentaires* qui achèvent la guérison.

On peut porter directement au moyen de pinceaux minces ou d'instruments variés des poudres (tannin), des caustiques liquides (acide chromique ou acétique, solution de nitrate d'argent, perchlorure de fer).

Sûreté et innocuité de l'opération, peu de douleur pour le malade, emploi des moyens (poudres ou liquides) directement appliqués et énergiques empêchant la reproduction si fréquente de ces tumeurs, tels sont les principaux avantages que présente cette méthode par excision que l'on doit préférer pour l'ablation des polypes muqueux des fosses nasales.

b. RÉTRÉCISSEMENT ET CORPS ÉTRANGERS DE L'ŒSOPHAGE. — *Dilatateur de Trousseau.* — *Bougies cylindro-coniques du docteur Bouchard.* — *Résonnateur de Collin.* — M. Terrillon, pour les rétrécissements de l'œsophage, emploie surtout la dilatation progressive et fait usage

(1) Voy. le service de M. le Dr Terrier.

it du dilatateur œsophagien de Trousseau, soit de la série de bou-

. 665. — *Bougie cylindro-conique du Dr Bouchard.*

Fig. 666. — *Dilatateur de Collin et résonnateur métallique servant à constater la présence des corps étrangers dans l'œsophage.*

s cylindro-coniques (fig. 665) du Dr Bouchard que nous avons

déjà décrites. — Il conseille également de faire usage du *Résonnateur* de Collin (fig. 666) pour explorer l'œsophage dans le cas de corps étranger métallique de ce conduit, — cet ingénieux instrument se compose d'une tige terminée par une olive et d'un réservoir creux situé à l'extrémité manuelle et résonnant au contact des métaux.

5° SEPTICÉMIE. — ALGIDITÉ DANS LES HERNIES.

a. SEPTICÉMIE. — *Injections antiseptiques.* — C'est sous le nom de *septicémie aiguë à forme gangréneuse* (1) que M. Terrillon désigne cette complication redoutable des plaies, caractérisée localement par l'œdème, l'emphysème, la gangrène et la teinte bronzée. Elle a reçu les dénominations de *gangrène foudroyante*, *pneumohémie putride* (Maisonneuve), *érysipèle bronzé* (Velpeau), *emphysème gangréneux*, *intoxication traumatique* (Chassaignac), *œdème aigu purulent* (Pirogoff), infection putride aiguë (Perrin). Les injections antiseptiques recommandées par ce dernier auteur sont également celles que M. Terrillon préconise.

b. ALGIDITÉ DANS LES HERNIES. — *Rapport entre son degré et le siège de l'étranglement.* — Demarquay avait pensé que le degré d'intensité de l'algidité dans l'étranglement herniaire était d'autant plus prononcé que l'étranglement portait sur une région d'intestin grêle plus élevée : il croyait qu'il fallait en rechercher la cause dans la richesse nerveuse de cette partie du tube intestinal. Il fit des expériences d'où il crut conclure que l'abaissement de la température était d'autant plus marqué que la constriction se rapprochait davantage du duodénum. M. Terrillon a répété ces expériences et n'est pas arrivé au même résultat (2), car, sur huit chiens sur lesquels il produisit la constriction intestinale, il ne s'est pas manifesté d'abaissement de température appréciable. Le degré de refroidissement ne peut donc servir à diagnostiquer la hauteur à laquelle l'intestin se trouve étranglé.

(1) Terrillon, *Arch. gén. de méd.*, février 1874.
(2) Terrillon, *Bull. de la Soc. chir.*, octobre 1874.

FIN

TABLE PAR ORDRE DES SERVICES

PRÉFACE V

TABLE PAR NOMS D'AUTEURS IX

HOTEL-DIEU.

M. le professeur Richet 1
M. le docteur Cusco 36
M. le docteur Alphonse Guérin 50

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

M. le professeur Gosselin 64
M. le professeur Ulysse Trélat 107

HOPITAL DES CLINIQUES.

M. le professeur Broca 132

HOPITAL DE LA PITIÉ.

M. le professeur Verneuil 155
M. le docteur Léon Labbé 199

HOPITAL BEAUJON.

M. le professeur Dolbeau 211
M. le professeur Léon Le Fort 230

HOPITAL NECKER.

M. le docteur A. Désormeaux 247
M. le professeur Félix Guyon 260

HOPITAL SAINT-LOUIS.

M. le docteur Péan 281
M. le docteur Simon Duplay 298

HOPITAL LARIBOISIÈRE.

M. le docteur Panas 354
M. le docteur P. Tillaux 378

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ.

M. le docteur Demarquay 410
M. le docteur Edouard Cruveilhier 434
M. le docteur Marc Sée 414

HOPITAL SAINT-ANTOINE.

M. le docteur Benjamin Anger.....
M. le docteur Le Dentu.....

HOPITAL COCHIN.

M. le docteur Armand Després.....

HOPITAL DU MIDI.

M. le docteur Paul Horteloup.....

HOPITAL DE LOURCINE.

M. le docteur Dubrueil.....
M. le docteur Théophile Anger.....

HOPITAL DE LA MATERNITÉ-COCHIN.

M. le docteur Polaillon.....

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES.

M. le docteur de Saint-Germain.....

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE.

M. le docteur O. Lannelongue.....

HOPITAL DE BICÊTRE (VIEILLESSE, hommes).

M. le docteur F. Terrier.....

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS.

M. le docteur Guéniot.....

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE (VIEILLESSE, femmes).

M. le docteur C. Périer.....

BUREAU CENTRAL DES HOPITAUX.

M. le docteur Delens.....
M. le docteur Nicaise.....
M. le docteur J. Lucas Championnière.....
M. le docteur P. Gillette.....
M. le docteur Terrillon.....

TABLE PAR ORDRE DES SERVICES.....

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES.....

FIN DE LA TABLE PAR ORDRE DES SERVICES

TABLE ALPHABÉTI

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES

A

Abaissement utérin, *Demarquay*, 417 ; — *Després*..... 520
Abcès. Voy. *Trajets fistuleux*.
Abcès du cou, A. chaud, *de Saint-Germain*, 609 ; — A. ganglionnaire, *Després*..... 530
Abcès par congestion, *Gillette*, 720 ; — *de Saint-Germain*..... 593
Abcès des épiphyses, A. douloureux, *Cruveilhier*..... 437
Abcès ossifluents, *Labbé*..... 205
Abcès ossifluents externes, *Labbé*. 207
Abcès rétro-pharyngien, *Després*. 527
Abcès du tibia, *Duplay*..... 332
Abcès de la voute palatine, *Tillaux*..... 378
Abdomen (affections de l'), *Terrier*, 654 ; — *Trélat*..... 112
Abdomen (névralgie de l'), *Trélat*. 112
Abdominale (compression), *Lannelongue*..... 630
Ablation de la matrice unguéale, *Duplay*..... 316
Accidents des plaies, *Verneuil*.... 180
Accouchement, *Polaillon*..... 582
Acide carbonique (bains d'), *Demarquay*..... 425
Adénite, *Després*..... 522
Adénite de l'aine suppurée, *Labbé*. 205
Adénite de la fosse iliaque, A. suppurée, *Després*..... 523
Adénoïde de la mamelle, *Duplay*. 310
Adolescents (Tarsalgie des), *Gosselin*..... 77
Aériennes (affections des voies), *Cusco*..... 38
Aine (adénite suppurée de l'), *Labbé*..... 205
Alcool (pansement à l'), *Terrier*. 654
Alcoolique (délire), *Panas*..... 370
Alcoolisme, *Panas*..... 370
Algidité dans les hernies, *Terrillon*..... 750
Amputations, *B. Anger*, 460 ; — *Broca*, 150 ; — *Désormeaux*, 249, 254 ; — *A. Guérin*, 53, 58 ; — *Guyon*, 275 ; — *Labbé*, 205 ; — *Le Fort*, 237 ; — *Terrier*, 647 ; — *Terrillon*..... 740
Amputation (plaies d'), *Terrier*, 240 ; — *Verneuil*..... 174
Amputation du bras, *B. Anger*, 468 ; — *Després*..... 512
Amputation de Chopart, *Guérin*.. 58
Amputation de la cuisse, *Broca*, 153 ; — *Després*, 495 ; — *Marc Sée*, 450 ; — *Terrillon*..... 743
Amputation de la jambe, *B. Anger*, 465 ; — *Guyon*, 276 ; — *Terrier*. 644
Amputation du médius, *Terrier*.... 642
Amputation des 1er et 2e métatarsiens, *Després*..... 516
Amputation du sein, *Després*..... 528
Amputation sus-malléolaire, *Labbé*..... 205
Amputation tibio-tarsienne, *Désormeaux*, 254 ; — A. tibio-tars. ostéo-plastique, *Le Fort*..... 238
Amygdales (hémorrhagie à la suite de l'extirpation des), *Gosselin*.. 83
Amygdales (hypertrophie des), *de Saint-Germain*..... 610
Amygdalotomie, *de Saint-Germain*. 610
Anastomose des tendons, *Duplay*.. 353
Anesthésie, *Demarquay*, 421 ; — *Désormeaux*, 247 ; — *Gosselin*, 64 ; — *Labbé*, 199 ; — *Terrier*... 640
Anévrysme, *Désormeaux*..... 259
Anévrysme spontané de l'axillaire, *Verneuil*..... 198
Anévrysme cirsoïde, *B. Anger*, 475 ; — *Gosselin*..... 105

ANÉVRYSME DE LA FÉMORALE, *Broca*, 150 ; — A. spontané, *Cusco*..... 41
ANÉVRYSME POPLITÉ, *B. Anger*.... 471
ANKYLOSE DU COUDE. A. fibreuse incomplète, *Guyon*..... 272
ANKYLOSE COXO-FÉMORALE vicieuse, *Tillaux*, 385 ; — *Verneuil*..... 166
ANKYLOSE SCAPULO-HUMÉRALE, A. fibreuse, *Péan*..... 291
ANKYLOSE TEMPORO-MAXILLAIRE, *Richet*..... 26
ANTHRAX, *Demarquay*, 420 ; — *Gillette*, 734 et 735 ; — *A. Guérin*. 60
ANTHRAX DES LÈVRES, *Richet*, 27 ; — *Verneuil*..... 156
ANUS (affections de l'), *Broca*, 148 ; — *Cruveilhier*, 441 ; — *Dubrueil*, 552 ; — *Guyon*, 271 ; — *Horteloup*, 551 ; — *Labbé*, 199 ; — *Richet*, 1 ; — *Tillaux*, 408 ; — *Verneuil*..... 181
ANUS CONTRE NATURE, accidentel, *Gosselin*..... 100
ANUS (fissure à l'), *Dubrueil*, 552 ; — *Gosselin*, 100 ; — *Guyon*, 271 ; — *Richet*, 1 ; — *Verneuil*..... 186
ANUS (fistules à l'), *Broca*, 148 ; — *Delens*, 687 ; — F. multiples, *Duplay*, 313 ; — *Gillette*, 722 ; — *Guyon*, 271 ; — *Trélat*, 113 ; — *Verneuil*, 182 et 185 ; — F. multiples avec décollement ischio-rectal, *Tillaux*..... 408
ANUS (imperforation complète de l'), *Delens*, 690 ; — *Gillette*, 723 ; — *Polaillon*, 586 ; — *Verneuil*, 188 ; — I. superficielle, *B. Anger*..... 477
ANUS (plaques muqueuses ulcérées de l'), *Després*..... 527
ANUS (végétations à l'), *Cruveilhier*, 441 ; — *Dubrueil*..... 553
APONÉVROSE PLANTAIRE (section de l'), *Le Dentu* 486
APOPHYSE MASTOÏDE (incision de l'), *Terrier*..... 653
APPAREIL D'ESMARCH, *Nicaise*..... 698
APPAREIL SILICATÉ. *Lannelongue*... 634
APPENDICE XYPHOÏDE (luxation de l'), (grossesse), *Polaillon*..... 578
ARMES A FEU (plaies articulaires par), *Richet*..... 26
ARTÈRES (plaies des), *Guyon*..... 278
ARTÈRES (torsion des), *Tillaux*... 383
ARTÈRES DE L'AVANT-BRAS (plaies des), *Després*..... 522
ARTÈRE CUBITALE (plaie de l'), *Guyon*..... 2
ARTÈRES DE LA MAIN (plaies des), *Després*..... 3
ARTÈRE RADIALE (blessure de l'), *B. Anger*, 471 ; — (plaie de l'). *Cruveilhier*..... 4
ARTHRITE fongueuse, *Richet*, 13 ; — sèche ou déformante, *Duplay*. 2
ARTHRITE SUPPURÉE DE L'ÉPAULE, *Gillette*..... 7
ARTHRITE DU GENOU, A. suppurée, *Marc Sée*..... 6
ARTICULAIRES (plaies), (armes à feu. *Richet*..... 2
ARTICULATIONS (affections des), *Th. Anger*, 565 ; — *Broca*, 132 ; — *Cruveilhier*, 437 ; — *Delens*, 683 ; — *Demarquay*, 410 ; — *Després*, 493 ; — *Duplay*, 322 ; — *Gillette*, 713 ; — *Gosselin*, 66 ; — *Guéniot*, 662 ; — *Guérin*, 53 ; — *Guyon*, 272 ; — *Le Dentu*, 486 ; — *Panas*, 362 ; — *Péan*, 290 ; — *Polaillon*, 575 ; — *Richet*, 12 ; — *de Saint-Germain*, 591 ; — *Marc Sée*, 444 ; *Tillaux*, 381 ; — *Verneuil*..... 15
ARTICULATIONS (corps étrangers des), *Richet*..... 2
ASTRAGALE (extirpation de l'), *Demarquay*, 411 ; — *Després*..... 49
ASTRAGALE (luxation complète de l'), sans plaie, *Després*, 494 ; — Voy. *Luxation sous-astragalienne*.
ASTRAGALE (luxation de l'), (complète en avant et en dehors), *T. Anger*..... 50
ATROPHIE DU TYMPAN, *Tillaux* 33
ATROPHIE DES MUSCLES, *Le Fort*.... 24
AUTOPLASTIE, *Gillette*, 734 ; — *Lannelongue*, 634 ; — *Le Dentu*, 481 ; — *Péan*, 295 ; — de *Saint-Germain*, 606 ; — *Terrier*..... 65
AUTOPLASTIE CONJONCTIVALE, *Le Dentu*..... 49
AVANT-BRAS (phlegmon de l'), *Dolbeau*..... 22
AVANT-BRAS (plaies des artères de l'), *Després*..... 52
AXILLAIRE (Anévrysme spontané de l'), *Verneuil*..... 19

B

BAINS D'ACIDE CARBONIQUE, *Demarquay*..... 42

Balano-posthite, *Horteloup*..... 538
Balnéation, *Le Fort*, 244 ; — phéniquée, *Trélat*..... 119
Bande d'Esmarch (emploi de la), de *Saint-Germain*, 608 ; — *Terrier*. 641
Bassin (rétrécissement du), *Polaillon*..... 583
Bec-de-lièvre, compliqué, *Broca*, 143 ; — *Demarquay*, 432 ; — *Désormeaux*, 259 ; — *Duplay*, 341 ; — *Guéniot*, 659 ; — *Le Dentu*, 489 ; — *Marc Sée*, 458 ; — *Trélat*..... 124
Bec-de-lièvre (Gueule de loup), *Cusco*..... 42 et 43
Blennorrhagie, *Guyon*, 268 ; — B. chronique, *Horteloup*, 542 ; — ophthalmique, *Gosselin*..... 80
Voy. *Conjonctivite*, *Ophthalmie*, *Orchite*.
Blennorrhée, *A. Guérin*..... 52
Blépharo-phimosis, *Cusco*..... 36
Blépharoplastie, *A. Guérin*..... 63
Blepharoptose, *Gosselin*..... 82
Blépharorrhaphie, *Dolbeau*, 217 ; — *Duplay*, 349 ; — *Lannelongue*, 634 ; — *Verneuil*..... 156
Blessure de l'artère radiale, *B. Anger*..... 471
Blessure de l'œil, *Le Fort*..... 231
Bouche (affections de la), *Demarquay*. 431 ; — *Dubrueil*, 563 ; — *Duplay*, 341 ; — *Gosselin*, 83 et 104 ; — *Guéniot*, 659 ; — *Lannelongue*, 638 ; — *Panas*, 372 ; — *Richet*, 28 ; — *Tillaux*, 378 ; — *Trélat*, 124 ; — *Verneuil*..... 156
Bouche (plaques muqueuses de la), *Horteloup*..... 548
Bougies, *Guyon*..... 260
Bougies œsophagiennes, *Richet*.... 30
Bourse pré-rotulienne (épanchement sanguin dans la), *Verneuil*. 158
Bourses séreuses (épanchements dans les), *Guyon*..... 272
Bras (amputation du), *B. Anger*, 468 ; — *Després*..... 512
Bras (fracture du), *B. Anger*, 460 ; — *Després*..... 510
Brulure (Gangrène traumatique par), *Després*..... 524

C

Caisse du tympan (engouement de la), *Tillaux*..... 386
Caisse du tympan (ostéo-périostite de la), *Duplay*..... 317
Cal (rupture du), *Lannelongue*... 634
Calcanéum (affections du), *Polaillon*..... 578
Calcanéum (nécrose du), *Tillaux*.. 383
Calcanéum (résection du), *Polaillon*..... 578
Calcul de la vessie, *Dolbeau*, 224 ; — de *Saint-Germain*, 600 ; — *Tillaux*..... 405
Calcul de la vessie (femme) *Th. Anger*, 572 ; — *Després*, 520 ; — *Nicaise*, 696 ; — *Péan*, 289 ; — *Périer*..... 679
Calculs urinaires, *Labbé*..... 204
Cancer du col utérin, *Demarquay*. 417
Cancer de la langue, *T. Anger*, 569 ; — *Terrier*..... 653
Cancer du rectum, *Labbé*, 199 ; — *Verneuil*..... 189
Cancer du testicule, *Horteloup*... 540
Cancer ulcéré de l'utérus, *Polaillon*..... 581
Cancer de la verge, *Cruveilhier*. 434
Cancer de la vulve, *Dubrueil*..... 563
Cancroïde de la lèvre inférieure, *Gosselin*..... 99
Cancroïde superficiel du nez, *Péan*..... 295
Cancroïde (Parenté du psoriasis lingual et du), *Trélat*..... 127
Canthoplastie, *Cusco*..... 36
Carcinome du col utérin, *Péan*... 281
Carcinome de la langue, *Demarquay*..... 432
Carcinome du sein, *Périer*..... 679
Carcinome de la verge, *Horteloup*. 539
Carie des os du pied, *Labbé*..... 205
Castration, *Horteloup*, 540 ; — (dangers de la), *Lannelongue*, 625 ; — *Nicaise*, 695 ; — *Richet*, 11 ; — *Tillaux*..... 407
Cataracte, *Cusco*, 38 ; — *Demarquay*, 431 ; — *Dolbeau*, 217 ; — *Duplay*, 350 ; — *Lannelongue*, 632 ; — *Panas*, 374 ; — Siliqueuse, *de Saint-Germain*, 590 ; — *Tillaux*..... 395
Catarrhe du col utérin, *Panas*.. 358
Catgut, *Terrier*, 645 ; — *Lucas-Championnière*..... 703
Cathétérisme de la trompe d'Eustache, *Tillaux*..... 386
Cathétérisme de l'urèthre, *Gosselin*, 90 ; — *Guyon*..... 260

CAUTERE PAQUELIN (emploi du), *Gillette*..... 709
CEINTURE A PRESSION INGUINALE, *Guéniot*..... 667
CÉPHALOTRIPSIE, *Guyon*, 279 ; — *Polaillon*..... 583
CHANCRE INDURÉ, *Després*..... 519
CHÉILOPLASTIE, *Gillette*..... 736
CHÉLOIDE, *Demarquay*, 421 ; — *Polaillon*, 587 ; — *Trélat*..... 129
CHÉLOÏDES (fausses), *Demarquay*.. 421
CHLOROFORME (administration du), *Demarquay*, 421 ; — *Terrier*... 640
CHLORURE DE ZINC (Injections de), *Th. Auger*..... 573
CHOROÏDITE, *Cusco*..... 38
CHUTE DU RECTUM, *Panas*, 362 ; — *de Saint-Germain*..... 605
Voy. *Prolapsus*.
CIRSOÏDE (anévrysme), *B. Auger*, 475 ; — *Gosselin*..... 105
CLAVICULE (fracture de la), *Broca*, 133 ; — *Demarquay*, 410 ; — *Després*, 500 ; — *Gosselin*, 68 ; — *A. Guérin*, 55 ; — *Polaillon*.. 575
CLAVICULE (fracture de l'extrémité interne de la), *Delens*..... 684
CLAVICULE (luxation de l'extrémité externe de la), *Delens*..... 684
CLAVICULE (luxation de la) présternale, *Demarquay*..... 410
CLOISON RECTO-VAGINALE (déchirure de la), *Richet*..... 7
COCCYX (résection du), *Verneuil*... 158
COL DE L'UTÉRUS (état granuleux et ulcéreux du), *Labbé*..... 203
COL DE L'UTÉRUS (métrite du), *Dubreuil*..... 557
COL DE L'UTÉRUS. Voy. *Utérus*.
COL VÉSICAL (contracture du), *Lannelongue*, 628 ; — *Tillaux*..... 403
COL VÉSICAL (cystite du), *Guyon*, 269 ; — *Panas*, 354 ; — avec contracture rebelle, *Tillaux*..... 403
COMPRESSION ABDOMINALE, *Lannelongue*..... 630
COMPRESSION OCULAIRE, *Broca*..... 141
COMPRESSION OUATÉE, *Guyon*, 272 ; — *Terrier*..... 654
CONGESTION (abcès par), *Gillette*, 720 ; — *de Saint-Germain*..... 593
CONJONCTIVE. Voy. *Tonsure*.
CONJONCTIVE (autoplastie de la), *Le Dentu*..... 490
CONJONCTIVITE purulente blennorrhagique, *Verneuil*..... 165
Voy. *Kérato-conjonctivite*.
CONSOLIDATION VICIEUSE D'UNE FRACTURE du fémur, *Lannelongue*... 62
CONSTRICTION PERMANENTE DES MACHOIRES, *A. Guérin*.. 3
CONTRACTURES, *Le Fort*..... 2
CONTRACTURE DU COL VÉSICAL, *Lannelongue*, 628 ; — *Tillaux*..... 4
CONTUSIONS, *Duplay*... 2
CONTUSION GRAVE DU PÉRINÉE, *Guyon*..... 2
CONTUSION DU TALON, C. chronique profonde par compression, *Després*..... 5
CORNÉE. Voy. *Kératite*, *Kérato-conjonctivite*, *Kératotomie*, *Staphylome cornéen*.
CORNÉE (plaie de la), *Duplay*, 352 ; — *Le Fort*..... 2
CORNÉE (taches cicatricielles de la), *Marc Sée*..... 4
CORNÉE (trépanation de la), *Panas*. 3
CORPS ÉTRANGERS ARTICULAIRES, *Richet*..... 2
CORPS ÉTRANGER DU GENOU, *Gillette*.. 7
CORPS ÉTRANGERS DE L'ŒSOPHAGE, *Le Dentu*, 480 ; — *de Saint-Germain*, 601 ; — *Terrillon*..... 7
CORPS ÉTRANGER DE L'OREILLE, *Després*..... 5
CORPS ÉTRANGERS DU TUBE DIGESTIF, *de Saint-Germain*..... 6
CORPS ÉTRANGERS DANS LE TUBE INTESTINAL, *de Saint-Germain*.... 6
CORPS ÉTRANGER DE LA VESSIE, *Nicaise*, 693 ; — *Terrillon*..... 7
CORPS THYROÏDE (kyste du), *Demarquay*, 426 ; — *Marc Sée*..... 4
COTES (fracture des), *Guérin*..... 5
COU (abcès du), A. chaud, *de Saint-Germain*, 609 ; — A. Ganglionnaire, *Després*..... 5
COU (affections du), *Demarquay*, 431 ; — *Després*, 528 ; — *Duplay*, 341 ; — *Guyon*, 274 ; — *Richet*, 28 ; — *de Saint-Germain*..... 6
COU (hypertrophie ganglionnaire du), *Richet*, 28 ; — *Verneuil*..... 1
COU (lymphadénome du), *Richet*.. 1
COU (plaies du), *Polaillon*, 588 ; — (pénétrantes), *Richet*..... 1
COU (tumeurs du), *Richet*, 33 ; — T. érectile, *de Saint-Germain*, 609 ; — T. érectile veineuse, *Cruveilhier*..... 4
COUDE (ankylose fibreuse incom-

plète du), *Guyon*..... 272
COUDE (luxation du), en arrière, *Dolbeau*, 221; — complète en arrière, *Duplay*..... 323
COUP DE FOUET, *Verneuil*..... 174
COXALGIE, *Demarquay*, 413; — *Gillette*, 716; — *Guéniot*, 663; — *Le Fort*, 240; — *Lucas-Championnière*, 706; — *de Saint-Germain*, 591; — *Marc Sée*, 444; — *Verneuil*..... 163
COXALGIE SUPPURÉE, *Duplay*..... 322
COXO-FÉMORALE. Voy. *Luxation*.
COXO-FÉMORALE (ankylose), *Tillaux*, 385; — *Verneuil*..... 166
CRANE (affections du), *Périer*, 680; — *Terrillon*..... 740
CRANE (déformation du), dite obliquité par propulsion, *Guéniot*.. 663
CRANE (fracture du), avec enfoncement, *Périer*..... 680
CRANE (gomme sous-périostique du), *Dolbeau*..... 214
CRANE (indications tirées des localisations cérébrales pour la trépanation du), *Lucas-Championnière*..... 707
CRANE (nécrose du), *Broca*..... 136
CRANIOTOMIE, *Polaillon*..... 583
CRURALE (hernie) étranglée, *Nicaise*, 692; — *Trélat*..... 114
CUBITALE (plaie de l'artère), *Guyon*. 278
CUBITUS (fracture du), *Després*.... 512
CUIR CHEVELU (kyste sébacé du), *Richet*..... 34
CUISSE (affections de la), *Marc Sée*. 451
CUISSE (amputation de la), *Broca*, 153; — *Després*, 495; — *Marc Sée*, 450; — *Terrillon*..... 743
CUISSE (fracture de la), *Després*, 499; — *Désormeaux*, 254; — *Gosselin*, 66; — *Guéniot*, 662; — *A. Guérin*, 55; — *Panas*, 366; — *de Saint-Germain*, 596; — *Tillaux*..... 383
CUISSE (luxation de la), *Dolbeau*... 220
CUISSE (pseudarthrose de la), *de Saint-Germain*..... 598
CYSTITE CATARRHALE, *Le Dentu*... 492
CYSTITE CHRONIQUE DOULOUREUSE, *Broca*..... 150
CYSTITE DU COL VÉSICAL, *Guyon*, 269; — *Panas*, 354; — avec contracture rebelle, *Tillaux*..... 403

D

DÉCHIRURE DU PÉRINÉE, *Després*, 519; — *Trélat*, 118; — *Verneuil*. 192
DÉCHIRURE DE LA CLOISON RECTO-VAGINALE, *Richet*..... 7
DÉCHIRURE DE L'URÈTHRE, *Desormeaux*..... 254
DÉFORMATION DU CRANE, dite obliquité par propulsion unilatérale, *Guéniot*..... 663
DÉLIRE ALCOOLIQUE, *Panas*..... 370
DENTS. Voy. *Kyste folliculo-dentaire*.
DERME. Voy. *Chéloïde*, *Greffe*.
DERME (hypertrophie du), *Demarquay*..... 421
DÉSARTICULATION DE L'ÉPAULE, *Nicaise*, 696; — *Polaillon*..... 580
DÉSARTICULATION TIBIO-TARSIENNE, *B. Anger*, 468; — *Panas*, 369; — *Terrier*..... 641
DÉSINFECTANTS, *Demarquay*..... 424
DESTRUCTION DE LA MEMBRANE DU TYMPAN, *Tillaux*..... 390
DESTRUCTION DE LA PAUPIÈRE INFÉRIEURE, *Péan*..... 295
DÉVIATION DU RACHIS, *de Saint-Germain*..... 599
DÉVIATION DE L'UTÉRUS, *Cusco*, 44; — *Gillette*..... 727
DÉVIATIONS RACHITIQUES des membres inférieurs, *Verneuil*..... 165
DIGESTIF (affections de l'appareil), *Delens*, 686; — *Després*, 525; — *Gosselin*, 99; — *Gillette*, 720; — *Guyon*, 271; — *Lannelongue*, 630; — *Le Dentu*, 480; — *Panas*, 360; — *Péan*, 296; — *de Saint-Germain*, 601; — *Verneuil*..... 156
DIGESTIF (corps étrangers du tube), *de Saint-Germain*..... 601
DILATATION DE L'URÈTHRE avec l'éponge préparée, *Després*..... 520
DIVISION PALATINE, *Lannelongue*.. 638
DOIGTS (affections des), *de Saint-Germain*..... 606
DOIGTS (vice de conformation des), *de Saint-Germain*..... 606
Voy. *Polydactylie*, *Syndactylie*.
DRAINAGE, *Lucas-Championnière*.. 703

E

ÉCOULEMENTS VAGINAUX, *Trélat*.... 118
ÉCRASEMENT PAR EMPORTE-PIÈCE,

Richet..... 1
ÉCRASEMENT DE LA JAMBE, *Després*. 495
ECRASEMENT DE LA MAIN, *Verneuil*.. 159
ECTROPION, *Duplay*, 349; — *A. Guérin*, 62; — *Le Fort*..... 230
ÉLECTRISATION DU SPHINCTER, *Delens*. 686
ELECTROLYSE, *Le Fort*..... 245
ÉLECTROPUNCTURE, de *Saint-Germain*..... 598
ÉLÉPHANTIASIS DU SCROTUM, *Lannelongue*..... 629
ÉLÉPHANTIASIS DE LA VULVE, *Dubrueil*..... 561
ÉLIMINATION DE LA JAMBE; E. spontanée, suite de la gangrène, *Péan*..... 291
ENDOSCOPE, *Désormeaux*..... 251
ENFANTS (affections des), *Polaillon*. 585
ENGOUEMENT DE LA CAISSE DU TYMPAN, *Tillaux*..... 386
ENTÉROTOMIE, *Gosselin*, 100; — *Panas*..... 361
ENTÉROTOMIE PÉRINÉALE, *Delens*, 690; — *Gillette*, 723; — *Polaillon*, 586; — *Verneuil*..... 188
ENTORSE, *Broca*, 132; — *Després*.. 495
ENTROPION, *Le Fort*, 230; *Trélat*.. 122
ÉNUCLÉATION DE L'ŒIL, *Dolbeau*... 220
ÉPANCHEMENTS DANS LES BOURSES SÉREUSES, *Guyon*..... 272
ÉPANCHEMENT DE SANG dans l'oreille moyenne, *Tillaux*..... 386
ÉPANCHEMENT SANGUIN dans la bourse pré-rotulienne, *Verneuil*. 158
ÉPANCHEMENT TRAUMATIQUE primitif de sérosité, *Duplay*..... 324
ÉPAULE (affections de l'), *Terrillon*. 740
ÉPAULE (arthrite suppurée de l'), *Gillette*..... 715
ÉPAULE (désarticulation de l'), *Nicaise*, 696; — *Polaillon*..... 580
ÉPAULE (luxation de), *T. Anger*, 565; — *Broca*, 138; — *Cruveilhier*, 438; — *Després*, 495; — *Duplay*, 334; — *Lannelongue*, 638; — *Richet*, 26; — *Terrillon*..... 740
ÉPAULE (luxation sous-coracoïdienne de l'), *Delens*..... 684
ÉPAULE (péri-arthrite de l'), *Duplay*..... 326
ÉPIDERME. Voy. *Greffe*.
ÉPIDIDYME (kyste spermatique de l'), *Tillaux*..... 400
ÉPIDIDYMITE, *Horteloup*, 539; — *Richet*..... 5
ÉPIPHYSES (abcès douloureux des), *Cruveilhier*..... 491
ÉPIPLOCÈLE ENFLAMMÉE, *Gosselin*... 102
ÉPISIORRHAPHIE, *B. Anger*, 479; — *Th. Anger*..... 572
ÉPISPADIAS, *Duplay*..... 300
ÉPITHÉLIOMA DE L'ANGLE INTERNE DE L'ŒIL, E. ulcéré, *Dolbeau*..... 217
ÉPITHÉLIOMA DU COL UTÉRIN, *Labbé*. 201
ÉPITHÉLIOMA DE LA COMMISSURE DES LÈVRES, *Cruveilhier*..... 102
ÉPITHÉLIOMA DE LA FACE, *Panas*, 372; — *Péan*..... 225
ÉPITHÉLIOMA DU FRONT, *Péan*..... 235
ÉPITHÉLIOMA DE LA GLANDE PAROTIDE, *Duplay*..... 348
ÉPITHÉLIOMA DE LA LANGUE, *Richet*.. 29
ÉPITHÉLIOMA DES LÈVRES, *Le Dentu*, 490; — *Péan*..... 235
ÉPITHÉLIOMA DE LA LÈVRE INFÉRIEURE, *Gillette*, 736; — *Duplay*, 343; — *Richet*, 27; — *Verneuil*..... 157
ÉPITHELIOMA DE LA PAUPIÈRE INFÉRIEURE, E. sudoripare, *Verneuil*. 136
ÉPITÉLIOMA DU RECTUM, *Cruveilhier*. 441
ÉPITHELIOMA DE LA RÉGION MAXILLAIRE INFÉRIEURE, E. limité à un des côtés, *Verneuil*..... 157
ÉPITHÉLIOMA DE LA VERGE, *Polaillon*..... 581
ÉPULIS, *Broca*..... 142
ÉRYSIPÈLE, *Verneuil*..... 174
ÉRYSIPÈLE par auto-inoculation, *Verneuil*..... 180
ÉRYSIPÈLE PHLEGMONEUX DES PAUPIÈRES, *Trélat*..... 121
ÉRYTHÈME DE LA FESSE, *de Saint-Germain*..... 601
ESTHIOMÈNE, *A. Guérin*..... 59
ESTHIOMÈNE DE LA VULVE, E. rongeant, *Dubrueil*..... 561
ÉTAT GRANULEUX ET ULCÉREUX DU COL, *Labbé*..... 203
ÉTHER (emploi de l'), *Désormeaux*, 247; — *Gosselin*..... 64
ÉTRANGLEMENT EXTERNE, *Demarquay*..... 427
ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE, *Dubrueil*, 554; — *Duplay*, 312; — *Gosselin*, 76; — *Lannelongue*, 630; — *Le Dentu*..... 493
ÉTRANGLEMENT INTERNE, *Demarquay*..... 423
EXOSTOSE DU SINUS MAXILLAIRE, *Després*..... 511
EXOSTOSE SOUS-UNGUÉALE, *Dolbeau*, 223; — *Gosselin*..... 76

EXPLORATION DE LA GORGE, *de Saint-Germain*..... 690
EXSTROPHIE DE LA VESSIE, *Le Fort*, 233 ; — *Terrier*..... 655
EXTENSEURS (synovite des), *Gosselin*..... 97
EXTIRPATION, *Verneuil*..... 156
EXTIRPATION DE L'ASTRAGALE, *Demarquay*, 411 ; — *Després*..... 494
EXTRACTION LINÉAIRE modifiée, *Cusco*..... 38

F

FACE (affections de la), *Demarquay*, 431 ; — *Duplay*, 341 ; — *Panas*. 372
FACE (épithélioma de la), *Panas*, 372 ; — *Péan*..... 292
FAUSSES CHÉLOÏDES, *Demarquay*.. 421
FÉMORALE (anévrysme de la), *Broca*. 150
FÉMORALE (anévrysme spontané de la), *Cusco*..... 41
FÉMUR (consolidation vicieuse d'une fracture du), *Lannelongue*..... 634
FÉMUR (fracture du col du), *Guérin*, 53 ; — *Lannelongue*..... 636
FÉMUR (fracture de l'extrémité inférieure du), *Trélat*..... 111
FÉMUR. Voy. *Luxation coxo-fémorale*.
FESSE (érythème de la), *de Saint-Germain*..... 601
FIBROME DU SEIN, *Trélat*..... 129
FIÈVRE TRAUMATIQUE, *Lucas-Championnière*..... 700 et 706
FISSURE ANALE, *Dubrueil*, 552 ; — *Gosselin*, 100 ; — *Guyon*, 271 ; — *Richet*, 2 ; — *Verneuil*..... 181
FISTULES, *Désormeaux*..... 217
Voy. *Trajets fistuleux*.
FISTULES ANO-PÉRINÉALES, *Lannelongue*..... 626
FISTULES A L'ANUS, *Broca*, 148 ; — *Delens*, 687 ; — F. multiples, *Duplay*, 313 ; — *Gillette*, 723 ; — *Guyon*, 271 ; — multiples avec décollement ischio-rectal, *Tillaux*, 408 ; — F. multiples profondes, *Verneuil*..... 182 et 185
FISTULES PÉRINÉALES, *Lannelongue*. 625
FISTULE LACRYMALE, *Gosselin*, 81 ; — *Marc Sée*, 455 ; — *Terrier*.. 649
FISTULE RECTO-VAGINALE, *Gosselin*, 88 ; — *Labbé*, 204 ; — *Tillaux*.. 407
FISTULE DU SAC LACRYMAL, *de Saint-Germain*..... 590
FISTULE SALIVAIRE, *Gosselin*..... 165
FISTULE STERCORALE, *Panas*..... 361
FISTULES URINAIRES multiples, *Lannelongue*..... 626
FISTULES URÉTHRO-PÉRINÉALES, *Lannelongue*..... 626
FISTULE VÉSICO-RECTALE, *Tillaux*... 407
FISTULE VÉSICO-VAGINALE (large), *B. Anger*, 479 ; — *Labbé*, 203 ; — *Lannelongue*, 639 ; — *Verneuil*. 194
FOIE (kyste hydatique du), *Demarquay*, 426 ; — *Després*, 532 ; *Dolbeau*, 114 ; — *Gosselin*, 98 ; — *Labbé*, 208 ; — *Verneuil*.... 172
FLÉCHISSEURS (synovite des), *Gosselin*..... 97
FLUX MENSTRUEL (rétention du), *Gillette*..... 729
FOLLICULITE VULVAIRE, *Dubrueil*... 556
FONGUS DE LA VESSIE, *Horteloup*... 512
FORCIPRESSURE (hémostase par la), *Péan*, 292 ; — *Verneuil*..... 177
FOSSE ILIAQUE (adénite suppurée de la), *Després*..... 523
FOSSE ILIAQUE (phlegmon de la), *Terrier*, 655 ; — *Trélat*..... 112
FOSSES NASALES (affections des), *Broca*, 142 ; — *Cruveilhier*, 442 ; — *Terrillon*..... 747
FOSSES NASALES (exploration de l'arrière-cavité des), *Duplay*..... 320
FOSSES NASALES (polypes fibreux des), *Broca*, 144 ; — *Gosselin*, 93 ; — (P. muqueux des), *Gosselin*, 95 ; — *Terrier*..... 645
FOUET (coup de), *Verneuil*..... 174
FRACTURES, *Dolbeau*, 211 ; — compliquées, *Marc Sée*, 452 ; — simples, *Tillaux*..... 383
FRACTURE BI-MALLÉOLAIRE, *Gosselin*. 66
FRACTURE DU BRAS, *B. Anger*, 460 ; — *Després*..... 510
FRACTURE DE L'EXTRÉMITÉ INTERNE DE LA CLAVICULE, *Delens*..... 684
FRACTURE DE LA CLAVICULE, *Broca*, 133 ; — *Demarquay*, 410 ; — *Després*, 500 ; — *Gosselin*, 68 ; — *A. Guérin*, 55 ; — *Polaillon*. 575
FRACTURE DU COL DU FÉMUR, *A. Guérin*, 53 ; — *Lannelongue*..... 636
FRACTURE DU COL DE L'HUMÉRUS, *Desormeaux*, 258 ; — *Gillette*, 720 ; — anatomique, *Le Dentu*, 488 ; — chirurgical, *Le Dentu*..... 487
FRACTURES COMPLIQUÉES, *Delens*, 483 ; — *Marc Sée*..... 452

FRACTURES DES CÔTES, *Guérin*..... 55
FRACTURE DU CRANE avec enfoncement, *Périer*..... 680
FRACTURE DU CUBITUS au tiers supérieur, *Després*..... 512
FRACTURE DE LA CUISSE, *Désormeaux*, 254; — *Després*, 499; — *Gosselin*, 66; — *Guéniot*, 662; — *Guérin*, 54; — *Panas*, 366; — *de Saint-Germain*, 596; — compliquée de plaie, *Tillaux*..... 383
FRACTURE EXTRA-CAPSULAIRE, *A. Guérin*..... 54
FRACTURE INTRA-CAPSULAIRE, *A. Guérin*..... 54
FRACTURE DU FÉMUR, consolidation vicieuse, *Lannelongue*..... 634
FRACTURE DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU FÉMUR, *Trélat*..... 111
FRACTURE DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DE L'HUMÉRUS, *Polaillon*..... 575
FRACTURE DE L'HUMÉRUS, *Richet*, 26; — *Marc Sée*..... 445
FRACTURE DE JAMBE, *B. Anger*, 463; — *Broca*, 139; — *Cusco*, 41; — au tiers moyen, *Després*, 495 et 497; — avec plaie, *Duplay*, 330; *Guyon*..... 273
FRACTURE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR, *Polaillon*, 577; — *Richet*..... 15
FRACTURE DES MEMBRES, *T. Anger*, 567; — *Richet*..... 14
FRACTURE DU PÉRONÉ, F. malléolaire, *Trélat*..... 111
FRACTURE DES PHALANGES, *Gillette*.. 720
FRACTURE DU RADIUS, *Després*, 494; — *Trélat*..... 110
FRACTURE DU RADIUS, extrémité inférieure, *B. Anger*..... 463
FRACTURE DE LA ROTULE, *Broca*, 132; — *Duplay*, 323; — *Gosselin*, 72; — *Guyon*, 274; — transversale, *Le Fort*, 243; — *Panas*, 362; — *Trélat*..... 109
FRACTURE DU STERNUM, *Després*.... 493
FRONT (épithélioma du), *Péan*..... 295
FROTTEMENT SOUS-SCAPULAIRE, *Terrillon*..... 740

G

GAINES DES TENDONS (affections des), *Tillaux*..... 397
GALVANO-CAUTÈRE, de *Saint-Germain*..... 598
GANGLIONS LYMPHATIQUES (affections des), *Labbé*, 205; — *Verneuil*... 18
GANGLION DU PIED (face dorsale), *Péan*..... 2
GANGLION DU POIGNET, *Gosselin*, 96; — *Péan*, 294; — *Richet*..... 2
GANGRÈNE, *Demarquay*, 421; — — traumatique par brûlure, *Després*, 524; — ayant produit l'élimination spontanée de la jambe, *Péan*..... 2
GANGRÈNE DE LA JAMBE, G. traumatique, *Broca*..... 1
GANGRÈNE DU PIED GAUCHE, G. partielle, *Terrier*..... 6
GASTRO-ENTÉROTOMIE, *Le Dentu*, 481 et 4
GASTRO-STOMIE, *Verneuil*..... 1
GASTROTOMIE, *Le Dentu*.... 481 et 4
GAZE ANTISEPTIQUE, *Lucas-Championnière*..... 7
GENCIVES (affections des), *Broca*.. 3
GÉNITAUX (affections des organes), *Dubrueil*..... 3
GÉNITAUX (affections des organes) de la femme. V. *Végétations*.
GÉNITO-URINAIRES (affections des organes), *B. Anger*, 479; — *Després*, 517; — *Dolbeau*, 224; — *Duplay*, 298; — *Horteloup*, 537; — *Lannelongue*, 625; — *de Saint-Germain*..... 6
GÉNITO-URINAIRES (affections des organes) chez l'homme et chez la femme, *T. Anger*, 570; — *Cruveilhier*, 434; — *Demarquay*, 413; — *Després*, 517; — *Désormeaux*, 250; — *Gillette*, 724; — *Gosselin*, 84; — *A. Guérin*, 50; — *Labbé*, 201; — *Le Fort*, 233; — *Nicaise*, 693; — *Panas*, 354; — *Péan*, 281; — *Périer*, 675; — *Polaillon*, 581; — *Richet*, 5; — *Terrier*, 654; — *Terrillon*, 745; — *Tillaux*, 399; — *Trélat*, 114; — *Verneuil*..... 1
GÉNITO-URINAIRES (affections des organes) chez l'homme, *Duplay*...
GENOU (arthrite suppurée du), *Marc Sée*.....
GENOU (corps étranger du), *Gillette*.....
GENOU (hydarthrose du), *Després*, 507; — *de Saint-Germain*.....
GENOU (péri-arthrite du), *Gosselin*.
GENOU (plaie pénétrante du), *Verneuil*.....
GENOU (tumeur blanche du), *Gos-*

selin, 76; — *A. Guérin*, 56; — fongueuse, *de Saint-Germain*, 593; — *Marc Sée*..... 446
GENU VALGUM, *T. Anger*, 568; — *de Saint-Germain*, 595; — *Marc Sée*, 449; — *Tillaux*..... 381
GLANDE PAROTIDE (épithélioma de la), *Duplay*..... 348
GLANDE VULVO-VAGINALE (kyste de la), *Th. Anger*..... 572
GLAUCOME, *Cusco*..... 36
GLAUCOME AIGU, *Le Fort*..... 232
GOÎTRE, *Richet*..... 34
GOMMES, *Verneuil*..... 192
GOMME DU CRANE (G. sous-périostique), *Dolbeau*..... 214
GORGE (affections de la), *Dubrueil*, 563; — *de Saint-Germain*..... 609
GORGE (Exploration de la), *de Saint-Germain*..... 609
GORGE (plaques muqueuses de la), *Dubrueil*..... 565
GRAND TROCHANTER (nécrose du), *Duplay*..... 323
GRANDES LÈVRES (kystes des), *Gosselin*, 5; — *Labbé*, 209; — *Péan*. 284
GRANDES LÈVRES (plaques muqueuses des), *Dubrueil*..... 559
GRANULATIONS PALPÉBRALES, *Broca*. 141
GREFFE DES TENDONS, *Tillaux*..... 397
GREFFES DERMIQUES ET ÉPIDERMIQUES; greffes hétéro-plastiques, *B. Anger*..... 476
GRENOUILLETTE, *Demarquay*, 432; *Dolbeau*, 215; — *Gosselin*, 83; — *Guéniot*, 659; — *Labbé*, 209; — *Panas*, 373; — *Richet*, 29; — *Tillaux*, 380; — *Verneuil*..... 158
GUEULE DE LOUP (bec-de-lièvre), *Cusco*..... 43
GUTTA-PERCHA (emploi de la), *Lucas-Championnière*..... 707

H

HANCHE (affections de la), *Marc Sée*..... 451
HANCHE (luxation de la), *Richet*... 25
HANCHE (résection de la), *Després*, 500; — *Duplay*..... 322
HÉMATOCÈLE DE LA TUNIQUE VAGINALE, *Tillaux*..... 401
HÉMORRHAGIE à la suite de l'extirpation des amygdales, *Gosselin*. 83
HÉMORRHAGIE CAPILLAIRE après l'enlèvement de la bande d'Esmarch, *Nicaise*..... 699
HÉMORRHAGIE SECONDAIRE, *Le Dentu*..... 488
HÉMORRHAGIE UTÉRINE grave, *Richet*..... 9
HÉMORRHOÏDES, *Broca*, 148; — *Gosselin*, 102; — *Richet*, 2; — *Verneuil*, 181; — tumeur hémorrhoïdaire, *Labbé*..... 199
HÉMOSTASE, *Labbé*, 210; — *Péan*. 292
HÉMOSTASE, par la forcipressure, *Verneuil*..... 177
HERNIAIRE (étranglement), *Dubrueil*, 554; — *Duplay*, 312; — *Gosselin*, 102; — *Trélat*..... 114
HERNIES (algidité dans les), *Terrillon*..... 750
HERNIE CRURALE (étranglée), *Nicaise*, 692; — *Trélat*..... 114
HERNIE ÉTRANGLÉE, *Désormeaux*, 259; — *Després*, 525; — *Lannelongue*, 630; — *Périer*, 674; — *Verneuil*, 191; — *Broca*..... 149
HERNIE INGUINALE, *Broca*, 149; — *Duplay*..... 312
HERNIE OMBILICALE, *Demarquay*. 428
HERNIE OMBILICALE ÉTRANGLÉE, *B. Anger*, 479; — *Demarquay*, 429; — *Nicaise*..... 691
HERPÈS, *Verneuil*..... 174
HERPÈS TRAUMATIQUE, *Verneuil*.... 180
HÉTÉROPLASTIE, *B. Anger*, 475; — *Le Fort*..... 230
HUMÉRUS. Voy. *Luxation scapulo-humérale* et *Épaule*.
HUMÉRUS (fracture de l'), *Richet*, 26; — *Marc Sée*..... 445
HUMÉRUS (fracture du col de l'), *Désormeaux*, 258; — anatomique, *Gillette*, 720; — *Le Dentu*, 488; — chirurgical, *Le Dentu*. 487
HUMÉRUS (fracture de l'extrémité supérieure de l'), *Polaillon*.... 575
HUMÉRUS (pseudarthrose de l'), *Dolbeau*..... 211
HUMÉRUS (résection de l'), *B. Anger*, 461; — (de la tête de l'), *Gillette*, 713; — *Terrier*..... 643
Voy. *Résection de la tête humérale*;
HYDARTHROSE, *Le Fort*..... 241
HYDARTHROSE DU GENOU, *Després*, 507; — *de Saint-Germain*..... 598
HYDROCÈLE, *Désormeaux*, 250; — *Guéniot*, 660; — *Marc Sée*, 458; — *Terrier*..... 654

HYDROCÈLE SPERMATIQUE, *Duplay*.. 300
HYDROCÈLE VAGINALE, *Després*, 517 ; — *Dolbeau*, 215 ; — *Duplay*, 301 ; — *Gosselin*, 92 ; — *Panas*, 355 ; — *Tillaux*..... 399
HYDRO-HÉMATOCÈLE suppurée, *Richet*..... 6
HYDRO-HÉMATOCÈLE VAGINALE, *Duplay*..... 301
HYGROMA, *Duplay*..... 328
HYMEN (imperforation de l'), *Gillette*, 729 ; — *Tillaux*..... 401
HYPERTROPHIE DES AMYGDALES, *de Saint-Germain*..... 610
HYPERTROPHIE GANGLIONNAIRE DU COU, *Richet*, 28 ; — *Verneuil*.... 198
HYPERTROPHIE DU DERME, *Demarquay*..... 421
HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE, *Duplay*..... 309
HYPONARTHÉCIE, *Cusco*, 41 ; — *Dolbeau*..... 211
HYPOPION, *Trélat*..... 122
HYPOSPADIAS, *Th. Anger*, 570 ; — périnéo-scrotal, *Duplay*, 301 ; — *Tillaux*..... 406
HYSTÉRALGIE, *Demarquay*..... 419

I

ICTÈRE TRAUMATIQUE, *Verneuil*, 174 et 181
IDIOPATHIQUE, *Després*..... 527
IGNIPUNCTURE, *Gillette*, 724 ; — *Richet*..... 13
IMPERFORATIONS, *B. Anger*..... 477
IMPERFORATION DE L'ANUS, superficielle, *B. Anger*, 477 ; — *Delens*, 690 ; — *Gillette*, 723 ; — *Polaillon*, 586 ; — complète, *Verneuil*.. 188
IMPERFORATION DE L'HYMEN, *Gillette*, 729 ; — *Tillaux*..... 401
INCISION SUR L'APOPHYSE MASTOÏDE, *Terrier*..... 653
INCISION CRUCIALE, *B. Anger*..... 477
INDURATIONS DU PÉRINÉE, *Lannelongue*..... 676
INFLAMMATIONS, *Dolbeau*..... 229
INFLAMMATION DES VÉSICULES SÉMINALES, *Verneuil*..... 192
INGUINALE (ceinture à pression), *Guéniot*..... 667
INGUINALE (hernie), *Broca*, 149 ; — *Duplay*..... 312
INJECTIONS DE CHLORURE DE ZINC, *Th. Anger*..... 573
INTESTINS (affections des), *B. Anger*, 479 ; — *Demarquay*, 427 ; — *Désormeaux*, 259 ; — *Després*, 59 ; — *Duplay*..... 312
INJECTION DE TEINTURE D'IODE PURE, *Després*..... 517
INTESTINS (corps étrangers dans les), *de Saint-Germain*..... 608
INTESTINS (obstruction des), *Guyon*. 273
INTESTINS (occlusion des), *Le Dentu*. 681
INTESTIN (plaies de l'), *Péan*..... 296
IODE (injection de teinture d'), *Després*..... 517
ISCHÉMIE CHIRURGICALE, *Nicaise*, 696 et 697
IRIDECTOMIE, *Cusco*, 36 ; — *Trélat*. 121
IRIS. Voy. *Staphylome iridien*.

J

JAMBE (amputation de la), *B. Anger*, 465 ; — *Guyon*, 276 ; — *Terrier*..... 674
JAMBE (écrasement de la), *Després*. 496
JAMBE (élimination spontanée de la), *Péan*..... 291
JAMBE (fracture de la), *B. Anger*, 463 ; — *Broca*, 139 ; — *Cusco*, 41 ; — au tiers moyen, *Després*, 495 et 497 ; — avec plaie, *Duplay*, 330 ; — *Guyon*..... 272
JAMBE (gangrène traumatique de la), *Broca*..... 140
JAMBES (ulcère indolent et atonique des), *Dolbeau*..... 218
JOUE (tumeur érectile veineuse de la), *Verneuil*..... 157

K

KÉLOTOMIE, *B. Anger*, 479 ; — *Desormeaux*, 259 ; — *Després*, 525 ; — *Duplay*, 312 ; — *Gillette*, 721 ; — hâtive, *Le Dentu*, 483 ; — *Nicaise*, 691 ; — *Trélat*..... 114
KÉRATITE, *Marc Sée*, 456 ; — ulcéreuse, *Trélat*, 122 ; — vasculaire, *Lannelongue*..... 633
KÉRATO-CONJONCTIVITE chronique à répétition, *Le Fort*..... 211
KÉRATOTOMIE, *Cusco*, 38 ; — *Dolbeau*, 217 ; — *Tillaux*..... 395
KYSTE DU CORPS THYROÏDE. K. sanguin, *Demarquay*, 426 ; — *Marc Sée*..... 457
KYSTE DU CUIR CHEVELU. K. sébacé, *Richet*..... 34
KYSTE DERMOÏDE, *Marc Sée*..... 457

KYSTE DE L'ÉPIDIDYME, K. spermatique, *Tillaux*..... 400
KYSTES DU FOIE, K. hydatiques, *Demarquay*, 426; — *Després*, 532; — *Dolbeau*, 214; — *Gosselin*, 98; — *Labbé*, 209; — *Verneuil*. 172
KYSTE FOLLICULO-DENTAIRE, *Richet*. 27
KYSTE DE LA GLANDE VULVO-VAGINALE, *Th. Anger*..... 572
KYSTE HORDÉIFORME, *Gosselin*..... 97
KYSTE DE L'OVAIRE, *Demarquay*, 416; — *Gillette*, 730; — *Panas*, 355; — *Polaillon*, 581; — *Verneuil*..... 194
KYSTE DES GRANDES LÈVRES. K. suppuré, *Gosselin*, 88; — *Labbé*, 209; — *Péan*..... 284
KYSTE DE LA MAIN. K. hordéiforme, *Demarquay*..... 426
KYSTES MEIBOMIENS, *Verneuil*..... 2
KYSTE OVARIQUE, *Després*, 533; — multiloculaire, *Péan*..... 284
Voy. *Ovaire*.
KYSTE DES PAUPIÈRES, *Verneuil*, 155; — folliculaire, *Gosselin*..... 80
KYSTE DU POIGNET, K. hordéiforme, *Demarquay*, 426; — *Després*, 533; — *Gosselin*, 96; — *Tillaux*, 398; — synovial, *Gosselin*, 96; — *Péan*, 294; — *Richet*..... 33
KYSTES PRÉLACRYMAUX A CONTENU HUILEUX, *Verneuil*..... 155
KYSTE SÉBACÉ DU CUIR CHEVELU, *Richet*..... 34
KYSTE SÉBACÉ DE LA TÊTE, *Gosselin*..... 96
KYSTE DU VAGIN, K. pédiculé de la paroi, *Tillaux*..... 402
KYSTE THYROÏDIEN, *Marc Sée*..... 457
KYSTIQUES (affections), *T. Anger*, 573; — *Demarquay*, 426; — *Després*, 531; — *Dolbeau*, 214; — *Gosselin*, 96; — *Guéniot*, 660; — *Labbé*, 208; — *Péan*, 293; — *Richet*, 33; — *Marc Sée*, 457; — *Verneuil*..... 172

L

LACRYMAL (tumeurs du sac), *de Saint-Germain*..... 590
Voy. *Sac*.
LACRYMALE (fistule), *Gosselin*, 81; — *Marc Sée*, 455; — *Terrier*... 649
LACRYMALE (tumeur), *Gosselin*, 81; — *Terrier*..... 649
LACRYMO-NASAL (affections du sac), *Marc Sée*..... 445
LANGUE (affections de la), *Th. Anger*, 569; — *Demarquay*, 431; — *Terrier*..... 645
LANGUE (cancer de la), *Th. Anger*, 569; — *Terrier*..... 653
LANGUE (carcinome de la), *Demarquay*..... 432
LANGUE (épithélioma de la), *Richet*..... 29
LANGUE (tumeur de la), *Delens*.... 687
LARYNGOTOMIE, *de Saint-Germain*. 613
LARYNX (affections du), *Trélat*.... 124
LARYNX (polypes du), *Cusco*, 38; — *Trélat*..... 127
LEUCORRHÉE, *Dubrueil*..... 555
LEUCORRHÉE UTÉRINE, *Dubrueil*.... 557
LÈVRES (affections des), *Broca*, 142, — *Cruveilhier*, 442; — *Demarquay*, 431; — *Désormeaux*, 259; — *Le Dentu*, 488; — *Richet*, 27; — *Marc Sée*..... 458
LÈVRES (anthrax des), *Richet*, 27; — *Verneuil*..... 156
LÈVRES (épithélioma des), *Le Dentu*, 490; — *Péan*..... 295
LÈVRES (épithélioma de la commissure des), *Cruveilhier*..... 442
LÈVRES (plaques muqueuses des), *Dubrueil*..... 559 et 564
LÈVRE INFÉRIEURE (cancroïde de la), *Gosselin*..... 99
LÈVRE INFÉRIEURE (épithélioma de la), *Duplay*, 343; — *Richet*, 27; — *Verneuil*..... 157
LIGATURE DES DEUX BOUTS DU VAISSEAU LÉSÉ DANS LA PLAIE, *Després*. 522
LIPOME, *Demarquay*..... 420
LITHOTRITIE, L. périnéale, *Dolbeau*, 224; — *Guyon*, 206; — *de Saint-Germain*, 600; — *Labbé*. 204
LOCALISATIONS CÉRÉBRALES, *Lucas Championnière*..... 707
LOUPE, *Gosselin*..... 96
LUXATION DE L'APPENDICE XYPHOÏDE (grossesse), *Polaillon*..... 578
LUXATION DE L'ASTRAGALE, L. complète sans plaie, *Després*, 494; — L. complète en avant et en dehors, *Th. Anger*..... 566
LUXATION DE L'EXTRÉMITÉ EXTERNE DE LA CLAVICULE, *Delens*..... 684
LUXATION DE LA CLAVICULE PRÉ-STERNALE, *Demarquay*..... 410
LUXATION DU COUDE, complète en ar-

rière, *Duplay*..... 323
LUXATION DU COUDE, en arrière, *Dolbeau*..... 221
LUXATION COXO-FÉMORALE, *Després*, 505; — *Péan*..... 290
LUXATION DE LA CUISSE, *Dolbeau*.. 220
LUXATION DE L'ÉPAULE, *Th. Anger*, 565; — *Broca*, 138; — *Cruveilhier*, 438; — *Després*, 495; — *Duplay*, 334; — *Lannelongue*, 638; — *Richet*, 26; — *Terrillon*. 740
LUXATION DE LA HANCHE, *Richet*... 25
LUXATION DES PHALANGES, *Gillette*.. 720
LUXATION DU POUCE, *Richet*..... 18
LUXATION DE LA ROTULE, *Duplay*... 333
LUXATION INTRA-CORACOÏDIENNE, *Broca*, 138; — *Panas*..... 362
LUXATION SCAPULO-HUMÉRALE, *Panas*, 362; — *Richet*..... 12
LUXATION SOUS-ASTRAGALIENNE, avec plaie, *Demarquay*..... 411
LUXATION SOUS-CORACOÏDIENNE complète, *Cruveilhier*, 438; — *Lannelongue*..... 638
LUXATION SOUS-CORACOÏDIENNE DE L'ÉPAULE, *Delens*..... 684
LYMPHADÉNOME DU COU, *Richet*..... 28
LYMPHADÉNOME PAROTIDIEN, *Duplay*. 347
LYMPHATIQUES (affections des ganglions), *Labbé*, 205; — *Verneuil*. 198
LYMPHO-SARCOME PAROTIDIEN, *Duplay*..... 347
LYMPHO-SARCOME, *Trélat*..... 130

M

MACHOIRES (affections des), *Richet*. 27
MACHOIRES (constriction permanente des), *A. Guérin*..... 56
MACHOIRE INFÉRIEURE (tumeur de la), *Gillette*..... 715
MACKINSTOCH OU IMPERMÉABLE, *Lucas-Championnière*..... 703
MAIN (affections de la), *Broca*.... 146
MAIN (écrasement de la), *Verneuil*. 159
MAIN (kyste hordéiforme de la), *Demarquay*..... 426
MAIN (phlegmon de la), *Dolbeau*.. 229
MAIN (plaies des artères de la), *Després*..... 522
MAIN (plaie de la paume de la), *Lucas-Championnière*..... 706
MAL PERFORANT, *Broca*, 147; — du pied, *Dolbeau*..... 222
MAL PERFORANT DU GROS ORTEIL, *Duplay*..... 316
MAL DE POTT, *Després*, 495; — *Verneuil*..... 169
MALLÉOLES (fracture (des deux), *Gosselin*..... 66
MAMELLE (adénoïde de la), *Duplay*. 346
MAMELLE (affections de la), *Després*, 528; — *Duplay*, 310; — *Périer*. 679
MAMELLE IRRITABLE, *Broca*, 147; — *Duplay*..... 311
MASSAGE, *Broca*..... 122
MASTOÏDE (incision de l'apophyse), *Terrier*..... 653
MASTOÏDITE, *Duplay*..... 317
MATRICE (déviations de la), *Gillette*. 727
MATRICE (prolapsus de la), *Gillette*, 727; — complet, *Gosselin*..... 65
MATRICE. Voy. *Utérus*.
MATRICE UNGUÉALE (ablation de la), *Duplay*..... 316
MAXILLAIRE (épithélioma limité à un des côtés de la région), *Verneuil*..... 157
MAXILLAIRE INFÉRIEUR (fracture du), *Polaillon*, 577; — *Richet*..... 15
MAXILLAIRE INFÉRIEUR (résection du), *Verneuil*..... 165
MAXILLAIRE INFÉRIEUR (résection partielle du), *Gillette*..... 715
MAXILLAIRE SUPÉRIEUR (résection du), *B. Anger*, 461; — *Després*, 508; — *Gillette*..... 716
MÉDIUS (amputation du), *Terrier*.. 642
MEMBRES (affections des), *Dolbeau*. 220
MEMBRES (fractures des), *Th. Anger*, 567; — *Richet*..... 14
MEMBRES INFÉRIEURS (déviations rachitiques des), *Verneuil*..... 165
MENSTRUATION (troubles de la), après les lésions chirurgicales, *Terrillon*..... 747
MENSTRUES (rétention des), *Tillaux*..... 401
MÉTATARSIENS (amputation des 1re et 2e), *Després*..... 516
MÉTATARSIEN (résection du premier), *Le Fort*..... 237
MÉTRITE chronique, *Cruveilhier*, 437; — du col, *Dubrueil*..... 557
MÉTRITE HÉMORRHAGIQUE, *Demarquay*..... 416
MÉTRITE ULCÉREUSE, *Despres*..... 520
MÉTRORRHAGIE, *Terrier*..... 655
MOLLET (ulcère rebelle et douloureux du), *Verneuil*..... 179
MUSCLES (affections des), *Le Fort*, 248; — *Verneuil*..... 174

MUQUEUSE RECTALE (papillome de la). *Duplay*..... 313
MUQUEUSE RECTALE (prolapsus de la), *Duplay*..... 313
MUSCLES (atrophie des), *Le Fort*... 246
MYRINGODECTOMIE, *Tillaux*..... 392

N

NASALES (fosses). Voy. *Fosses nasales*.
NASO-PHARYNGIENNES (affections), *A. Guérin*..... 62
Voy. *Polypes naso-pharyngiens*.
NÉCROSE DU CALCANÉUM, *Tillaux*... 383
NÉCROSE DU CRANE, *Broca*..... 136
NÉCROSE DES OS DU PIED, *Labbé*.... 205
NÉCROSE PHOSPHORÉE, *Trélat*..... 107
NÉCROSE DU GRAND TROCHANTER, *Duplay*..... 323
NERF AUDITIF (paralysie avancée du), *Tillaux*..... 395
NERF DENTAIRE INFÉRIEUR (névralgie du), *Terrillon*..... 737
NERF OBTURATEUR (névralgie traumatique du), *Le Dentu*..... 491
NERF RADIAL (paralysie du), *Panas*. 371
NERF RADIAL (paralysie traumatique du), *Verneuil*..... 166
NERF SUS-ORBITAIRE (résection du), *Tillaux*..... 397
NERFS (affections des), *Terrillon*, 737 ; — *Tillaux*..... 397
NERFS. Voy. *Système nerveux*.
NERVEUX (affections du système), *Cruveilhier*, 444 ; — *Le Dentu*, 491 ; — *Panas*, 369 ; — *Verneuil*. 166
NÉVRALGIE ABDOMINALE, *Trélat*.... 112
NÉVRALGIE DU NERF DENTAIRE INFÉRIEUR, *Terrillon*..... 737
NÉVRALGIE DU NERF OBTURATEUR, *Le Dentu*..... 491
NÉVRALGIE SUS-ORBITAIRE, *Tillaux*. 397
NÉVRALGIE TRIFACIALE, *Panas*..... 369
NÉVROTOMIE, *Terrillon*..... 737
NEZ (affections du), *Cruveilhier*, 442 ; — *Dubrueil*, 563 ; — *Duplay*, 317 ; — *Terrier*..... 645
Voy. *Polypes naso-pharyngiens*, *Restauration*.
NEZ (cancroïde du), *Péan*..... 295
NOUVEAU-NÉS (ophthalmie des), *Guéniot*..... 657

O

OBLIQUITÉ DU CRANE, par propulsion, *Guéniot*..... 663
OBSTÉTRIQUE, *Guyon*, 279 ; — *Polaillon*..... 581
OBSTRUCTION INTESTINALE, *Guyon*.. 271
OCCLUSION INTESTINALE, *Le Dentu*.. 481
OCULAIRE (compression), *Broca*.... 141
OCULAIRES (affections), *Cusco*, 36 ; — *Dolbeau*, 217 ; — *Gosselin*, 80 ; — *A. Guérin*, 62 ; — *Lannelongue*, 632 ; — *Le Fort*, 230 ; — *de Saint-Germain*, 589 ; — *Marc Sée*, 455 ; — *Verneuil*..... 155
ŒIL (blessure de l'), *Le Fort*..... 231
ŒIL (énucléation de l'), *Dolbeau*. 220
ŒIL (épithélioma ulcéré de l'angle interne de l'), *Dolbeau*..... 217
ŒIL. Voy. *Ophthalmie* et *Yeux*.
ŒIL ARTIFICIEL (les dangers de l'), *Broca*, 141 ; — *Dolbeau*..... 220
ŒSOPHAGE (affections de l'), *Richet*, 29 ; — *Terrillon*, 747 ; — *Trélat*. 124
Voy. *Bougies*.
ŒSOPHAGE (corps étrangers dans l'), *Le Dentu*, 480 ; — *de Saint-Germain*, 601 ; — *Terrillon*.... 748
ŒSOPHAGE (rétrécissement de l'), *Duplay*, 344 ; — *Guyon*, 275 ; — *Richet*, 30 ; — *Trélat*, 125 ; — *Terrillon*, 748 ; — *Verneuil*.... 190
ŒSOPHAGIENNES (bougies), *Richet*. 30
OMBILICALE (hernie), *Demarquay*. 428
OMBILICALE (hernie étranglée), *B. Anger*, 479 ; — *Demarquay*, 429 ; — *Nicaise*..... 691
ONGLE. Voy. *Exostose*.
ONGLE INCARNÉ, *Th. Anger*, 574 ; — *Broca*, 146 ; — *Duplay*, 316 ; — *Guyon*, 275 et 277 ; — *Verneuil*. 198
OPÉRATIONS (plaies d'), *Péan*..... 292
OPHTHALMIE BLENNORRHAGIQUE, *Gosselin*..... 80
OPHTHALMIE DES NOUVEAU-NÉS, *Guéniot*..... 657
OPHTHALMIE PURULENTE, *de Saint-Germain*..... 589
OPHTHALMIE SYMPATHIQUE, *Dolbeau*, 179 ; — *Verneuil*..... 156
ORCHI-ÉPIDIDYMITE, *Gillette*..... 727
ORCHITE, *Horteloup*..... 539
ORCHITE BLENNORRHAGIQUE, *Panas*. 354
OREILLES (affections des), *Després*, 536 ; — *Duplay*, 317 ; — *Guyon*, 274 ; — *Terrier*, 645 ; — *Tillaux*. 386
OREILLE (polypes de l'), *Després*. 536 ; — *Duplay*, 319 ; — *Terrier*..... 652
OREILLE (corps étrangers de l'),

Després..... 536
Oreille moyenne (épanchement du sang dans l'), *Tillaux*..... 386
Orteils (affections des), *Richet*... 35
Orteil (mal perforant du gros), *Duplay*..... 316
Os (affections des), *B. Anger*, 460; — *Broca*, 132; — *Cruveilhier*, 437; — *Cusco*, 41; — *Delens*, 683; — *Demarquay*, 410; — *Désormeaux*, 254; — *Després*, 493; — *Dolbeau*, 211; — *Duplay*, 322; — *Gillette*, 713; — *Gosselin*, 66; — *Guéniot*, 662; — *A. Guérin*, 53; — *Guyon*, 272; — *Labbé*, 205; — *Lannelongue*, 634; — *Le Dentu*, 486; — *Le Fort*, 237; — *Lucas-Championnière*, 706; — *Nicaise*, 696; — *Panas*, 362; — *Péan*, 290; — *Polaillon*, 575; — *Richet*, 12; — *de Saint-Germain*, 591; — *Marc Sée*, 444; — *Tillaux*, 381; — *Trélat*, 107; — *Verneuil*..... 158
Os (saignée des), *Cruveilhier*..... 437
Os (saillie des), *Péan*..... 292
Os (trépanation des), *Cruveilhier*. 437
Os du pied (carie des), *Labbé*.... 205
Os du pied (nécrose des), *Labbé*... 205
Ostéite, *Duplay*, 323; — suppurée, *Guéniot*, 663; — *Trélat*.... 107
Ostéite a forme névralgique, *Gosselin*..... 79
Ostéite du tibia, O. suppurée, *Trélat*..... 107
Ostéo-périostite de la caisse tympanique, *Duplay*..... 317
Ostéosarcome articulaire et péri-articulaire, *Gillette*..... 620
Otite, *Terrier*, 653; — sèche, *Tillaux*, 390; — suppurée, *Guyon*. 275
Ouaté (pansement), *Desormeaux*, 249; — *A. Guérin*, 58; — (compression), *Guyon*, 272; — *Terrier*, 654; — *Verneuil*..... 159
Ouaté (compression), *Guyon*, 272; — *Terrier*..... 654
Ovaire (kyste de l'), *Demarquay*, 416; — *Després*, 533; — *Gillette*, 730; — *Panas*, 355; — *Péan*, 284; — *Polaillon*, 581; — *Verneuil*..... 191
Ovariotomie, *Gillette*, 731; — *Péan*, 284; — *Polaillon*..... 581
Ozène, *Broca*..... 144

P

Palais. Voy. *Voûte palatine.*
Palatine (division), *Lannelongue*.. 63
Palpébrales (granulations), *Broca*. 141
Pannus, *Lannelongue*..... 63
Pansement a l'alcool, *Terrier*..... 65
Pansement de Lister, *Després*, 534; — *Lucas-Championnière*..... 70
Pansement ouaté, *Désormeaux*, 249; — *A. Guérin*, 58; — *Terrier*, 642; — *Verneuil*..... 15
Pansement des plaies, *Delens*, 682; — *Demarquay*, 424; — *Desormeaux*, 247; — *Gillette*, 744; — *Guyon*, 275; — *Le Fort*, 244; — *Lucas-Championnière*, 700; — *Périer*, 681; — *Polaillon*, 587; — *Trélat*..... 11
Papillomes de la muqueuse rectale, *Duplay*..... 31
Paralysie avancée du nerf auditif, *Tillaux*..... 39
Paralysie du nerf radial, *Panas*, 371; — P. traumatique, *Verneuil*. 16
Paraphimosis, *Gillette*, 726; — *Gosselin*..... 9
Parenté du psoriasis lingual et du cancroïde, *Trélat*..... 12
Parotide (lymphadénome de la), *Duplay*, 347; — lympho-sarcome, *Duplay*..... 34
Paume de la main (plaie de la), *Lucas-Championnière*..... 70
Paupières. Voy. *Blépharoplastie, Granulations, Kystes méibomiens.*
Paupières (érysipèle phlegmoneux des), *Trélat*..... 12
Paupière (kystes des), *Verneuil*, 155; — *Gosselin*..... 8
Paupière inférieure (destruction de la), *Péan*..... 29
Paupière (épithélioma sudoripare de la), *Verneuil*..... 15
Paupière inférieure (pustule maligne de la), *Lannelongue*..... 63
Pemphigus, *Dubrueil*..... 56
Pénis (maladies du), *Horteloup*... 53
Perforation de la voute palatine, *Duplay*, 345; — *Gosselin*, 104; — *Richet*, 30; — *Tillaux*..... 37
Péri-arthrite du genou, *Gosselin*. 7
Péri-arthrite de l'épaule, *Duplay*..... 32
Péri-arthrite scapulo-humérale, *Duplay*..... 32

PÉRI-ARTICULAIRES (affections), *Duplay*, 322 ; — *Verneuil*..... 158
PÉRINÉALES (fistules), *Lannelongue*. 625
PÉRINÉE (affections du), *Guyon*, 260 ; — *Labbé*, 201 ; — *Verneuil*. 192
Voy. *Entérotomie*, *Hypospadias*, *Lithotritie*.
PÉRINÉE (contusion grave du), *Guyon*..... 271
PÉRINÉE (déchirure du), *Després*, 519 ; — *Richet*, 7 ; — *Trélat*, 118 ; — *Verneuil*..... 192
PÉRINÉE (indurations du), *Lannelongue*..... 626
PÉRINÉORRAPHIE, *Labbé*, 205 ; — *Panas*, 358 ; — *Richet*..... 7
PÉRIOSTITE DU TIBIA, P. phlegmoneuse diffuse, *Duplay*..... 330
PÉRONÉ (fracture malléolaire du), *Trélat*..... 111
PHALANGES (fractures des), *Gillette*. 720
PHALANGES (luxations des), *Gillette*..... 720
PHARYNX. Abcès rétro-pharyngiens, *Després*..... 527
Voy. *Naso-pharyngien*, *Polype naso-pharyngien*.
PHÉNIQUÉE (balnéation), *Trélat*.... 119
PHIMOSIS, *Demarquay*, 413 ; — *Duplay*, 307 ; — *Gillette*, 724 ; — *Horteloup*, 537 ; — *Panas*, 355 ; — *Trélat*..... 114
PHLEGMON DE L'AVANT BRAS, *Dolbeau*..... 229
PHLEGMON DE LA FOSSE ILIAQUE, *Terrier*, 655 ; — *Trélat*..... 112
PHLEGMON DE LA MAIN, *Dolbeau*... 229
PHOSPHORÉE (nécrose), *Trélat*..... 107
PIED. Voy. *Mal perforant*, *Orteil*.
PIED (affections du), *Broca*, 146 ; — *Duplay*, 316 ; — *Verneuil*..... 198
PIED (gangrène partielle du), gauche, *Terrier*..... 641
PIED (ganglion du), *Péan*..... 294
PIED (carie des os du), *Labbé*..... 205
PIED (mal perforant du), *Dolbeau*. 222
PIED (nécrose des os du), *Labbé*.. 205
PIED BOT, *de Saint-Germain*, 594 ; — équin accidentel, *Broca*, 146 ; — valgus accidentel, *Després*, 506 ; — *Lucas-Championnière*, 707 ; — paralytique, *Le Dentu*.. 486
PIED VALGUS, *Labbé*, 207 ; — douloureux, *Duplay*..... 335
PLAIES (pansement des), *Demarquay*, 421 ; — *Désormeaux*, 247 ; — *Després*, 534 ; — *Guyon*, 275 ; — *Le Fort*, 244 ; — *Polaillon*, 587 ; — *Marc Sée*, 452 ; — *Trélat*, 119 ; — *Verneuil*..... 174
PLAIES, *Delens*, 682 ; — *Gillette*, 734 ; — *Le Dentu*, 488 ; — *Lucas-Championnière*, 700 ; — *Périer*, 681 ; — *Terrier*, 640 ; — (accidents des), *Verneuil*..... 180
PLAIES ACCIDENTELLES, *Cusco*..... 42
PLAIES D'AMPUTATION, *Terrier*, 640 ; — *Verneuil*..... 174
PLAIES PAR ARMES A FEU, *Richet*.... 26
PLAIES DES ARTÈRES, *Guyon*..... 278
PLAIES DES ARTÈRES DE L'AVANT-BRAS ET DE LA MAIN, *Després*..... 522
PLAIE DE L'ARTÈRE CUBITALE, *Guyon*. 278
PLAIES ARTICULAIRES, *Richet*..... 26
PLAIES PÉNÉTRANTES ARTICULAIRES, *Duplay*..... 340
PLAIES PRODUITES PAR LA BOUCHE DU CHEVAL, *Gillette*..... 735
PLAIES CHIRURGICALES, *Cusco*..... 42
PLAIE DE LA CORNÉE, *Duplay*, 352 ; — *Le Fort*..... 231
PLAIES DU COU, *Polaillon*, 588 ; — (pénétrantes), *Richet*..... 31
PLAIE DU CRANE, *Terrillon*..... 741
PLAIE DU GENOU (pénétrante), *Verneuil*..... 159
PLAIE DE L'INTESTIN, *Péan*..... 296
PLAIES D'OPÉRATIONS, *Péan*..... 292
PLAIE DE LA PAUME DE LA MAIN, *Lucas-Championnière*..... 706
PLAIE DE LA RADIALE, *Cruveilhier*. 442
PLAIE DU SCROTUM, *de Saint-Germain*..... 600
PLAIES DES TENDONS, *B. Anger*, 475 ; — *Polaillon*..... 587
PLAQUES MUQUEUSES ULCÉRÉES DE L'ANUS, *Després*..... 527
PLAQUES MUQUEUSES DE LA BOUCHE, *Horteloup*..... 548
PLAQUES MUQUEUSES DE LA GORGE, *Dubrueil*..... 565
PLAQUES MUQUEUSES DES GRANDES LÈVRES, *Dubrueil*..... 559
PLAQUES MUQUEUSES DES LÈVRES, *Dubrueil*..... 564
POIGNET (ganglion du), *Gosselin*, 96 ; — *Péan*, 294 ; — *Richet*.... 33
POIGNET (kyste du), *Demarquay*, 426 ; — *Després*, 533 ; — *Gosselin*, 96 ; — *Péan*, 294 ; — *Richet*, 33 ; — *Tillaux*..... 398
POLYDACTYLIE, *de Saint-Germain*.. 608

POLYPES DES FOSSES NASALES, P. muqueux, *Gosselin*, 95 ; — *Terrier*, 645 ; — P. fibreux, *Broca*, 144 ; — *Gosselin*..... 93
POLYPES DU LARYNX, *Cusco*, 38 ; — *Trélat*..... 127
POLYPES MUQUEUX, *Terrillon*..... 747
POLYPES NASO-PHARYNGIENS, *Cruveilhier*, 443 ; — P. fibreux, *Gosselin*, 93, 95 ; — *A. Guérin*..... 64
POLYPES DE L'OREILLE, *Duplay*, 319 ; — *Terrier*..... 652
POLYPES DE L'URÈTHRE, chez la femme, *Richet*..... 10
POLYPES DE L'UTÉRUS, *Demarquay*, 416 ; — *Desormeaux*, 254 ; — *Gosselin*, 84 ; — *Guéniot*, 669 ; — *Péan*, 282 ; — *Richet*..... 8
POLYPE UTÉRO-FOLLICULAIRE, *Demarquay*..... 416
PONCTION DU TESTICULE, *Gillette*... 726
PONCTION DU TYMPAN, *Tillaux*..... 392
POPLITÉ (anévrysme), *B. Anger*.... 471
POUCE (luxation du), *Richet*..... 18
PRÉROTULIENNE (épanchement sanguin dans la bourse), *Verneuil*. 158
PROCTOPLASTIE, *Gillette*..... 723
PROLAPSUS DE LA MATRICE, *Gillette*, 727 ; — complet, *Gosselin*..... 85
PROLAPSUS DE LA MUQUEUSE RECTALE, *Duplay*..... 313
Voy. *Chute*.
PROLAPSUS DU RECTUM, *Delens*..... 686
PROLAPSUS UTÉRIN, *Th. Anger*, 572 ; — *Le Fort*..... 234
PROSTATE (hypertrophie de la), *Duplay*..... 309
PROTECTIVE, *Lucas-Championnière*. 703
PSEUDARTHROSE, *B. Anger*..... 468
PSEUDARTHROSE DE LA CUISSE, *de Saint-Germain*..... 598
PSEUDARTHROSE DE L'HUMÉRUS, *Dolbeau*..... 211
PSORIASIS LINGUAL ET DU CANCROÏDE (parenté du), *Trélat*..... 127
PUSTULE MALIGNE de la paupière inférieure, *Lannelongue*..... 634

R

RACHIS (déviations du), *de Saint-Germain*, 599 ; — *Verneuil*.... 165
RADIALE (blessure de l'artère), *B. Anger*)..... 471
RADIALE (plaie de la), *Cruveilhier*. 442
RADIUS (fracture du), *Després*, 494 ; — *Trélat*..... 130
RADIUS (fracture de l'extrémité inférieure du), *B. Anger*..... 462
RECTOTOMIE, *Cruveilhier*, 441 ; — *Després*, 527 ; — *Dubrueil*, 553 ; — *Gillette*, 723 ; — *Labbé*, 199 ; — *Panas*, 360 ; — *Verneuil*.... 132
RECTO-VAGINALE (fistule), *Gosselin*, 88 ; — *Labbé*, 204 ; — *Tillaux*.. 97
RECTUM (affections du), *Cruveilhier*, 441 ; — *Dubrueil*, 552 ; — *Guérin*, 53 ; — *Guyon*, 8 ; — *Labbé*, 199 ; — *Le Fort*, 244 ; — *Richet*, 1 ; — *Verneuil*..... 191
Voy. *Fistule recto-vaginale, Papillomes, Prolapsus*.
RECTUM (cancer du), *Labbé*, 199 ; — *Verneuil*..... 16
RECTUM (chute du), *Panas*, 362 ; — *de Saint-Germain*..... 655
RECTUM (prolapsus du), *Delens*.... 686
RECTUM (épithélioma du), *Cruveilhier*..... 441
RECTUM (rétrécissement du), *Demarquay*, 431 ; — *Després*, 526 ; — *Dubrueil*, 553 ; — *Gillette*, 723 ; — *Le Fort*, 245 ; — *Panas*, 360 ; — *Richet*, 1 ; — *Verneuil*. 102
REDRESSEMENT DES ANKYLOSES, *Lucas-Championnière*..... 707
RÉSECTIONS, *Le Fort*, 237 ; — *Terrier*..... 646
RÉSECTION DU CALCANÉUM, *Polaillon*. 578
RÉSECTION DU COCCYX, *Verneuil*... 189
RÉSECTION DE LA HANCHE, *Després*, 500 ; — *Duplay*..... 312
RÉSECTION DE L'HUMÉRUS, *B. Anger*. 463
RÉSECTION DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR, *Verneuil*, 165 ; — partielle, *Gillette*..... 715
RÉSECTION DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR, *B. Anger*, 461 ; — *Després*, 508 ; — *Gillette*..... 716
RÉSECTION DU NERF SUS-ORBITAIRE, *Tillaux*..... 397
RÉSECTION DU PREMIER MÉTATARSIEN, avec ou sans la première phalange du gros orteil, *Le Fort*. 237
RÉSECTION DE LA TÊTE HUMÉRALE, *Gillette*, 713 ; — *Polaillon*, 574 ; — *Terrier*..... 64
RESTAURATION DE LA SOUS-CLOISON NASALE, *Dubrueil*..... 58
RÉTENTION DES MENSTRUES, *Tillaux*. 40
RÉTENTION DU FLUX MENSTRUEL, *Gillette*..... 72

RÉTENTION D'URINE, *Cruveilhier*, 435 ; — *Gosselin*, 90 ; — *Labbé*, 201 ; — incomplète, *Guyon*..... 270
RÉTRÉCISSEMENT DU BASSIN, *Polaillon*..... 583
RÉTRÉCISSEMENT DE L'ŒSOPHAGE, *Duplay*, 344 ; — cicatriciel, *Guyon*, 274 ; — fibreux, *Richet*, 30 ; — *Terrillon*, 748 ; — *Trélat*, 125 ; — *Verneuil*..... 190
RÉTRÉCISSEMENT DU RECTUM, *Demarquay*, 431 ; — *Després*, 526 ; — fibreux, *Dubrueil*, 553 ; — *Gillette*, 723 ; — *A. Guérin*, 53 ; — *Le Fort*, 245 ; — *Panas*, 360 ; — *Richet*, 1 ; — *Verneuil*..... 182
RÉTRÉCISSEMENT SYPHILITIQUE DE LA TRACHÉE, *Demarquay*..... 433
RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTHRE, *Demarquay*, 413 ; — *Désormeaux*, 251 ; — *Duplay*, 299 ; — *A. Guérin*, 51 ; — *Guyon*, 262 ; — *Horteloup*, 544 ; — *Le Fort*, 236 ; — *Péan*, 289 ; — *Tillaux*, 402 ; — *Trélat*. 116
ROTULE (fracture de la), *Broca*, 132 ; — *Duplay*, 323 ; — *Gosselin*, 72 ; — *Panas*, 362 ; — *Trélat*..... 109
ROTULE (fracture transversale de la), *Le Fort*..... 243
ROTULE (luxation de la), *Duplay*.. 333
RUPTURE DU COL, *Lannelongue*..... 634
RUPTURE DES TENDONS, *Duplay*.... 353

S

SAC LACRYMAL. Voy. *Lacrymal*.
SAC LACRYMAL (fistule du), *de Saint-Germain*..... 590
SAC LACRYMAL (tumeur du), *de Saint-Germain*..... 590
SAC LACRYMO-NASAL (affections du), *Marc Sée*..... 455
SACRO-COXALGIE, *Delens*..... 683
SAIGNÉE DES OS, *Cruveilhier*..... 437
SAILLIE DES OS, *Péan*..... 292
SALIVAIRE (fistule), *Gosselin*..... 105
SARCOME HUMÉRAL, *Nicaise*..... 696
SCAPULALGIE aiguë, *Broca*, 136 ; — *Terrier*..... 643
SCAPULO-HUMÉRALE (ankylose fibreuse), *Péan*..... 291
SCAPULUM. Voy. *Epaule, Luxation scapulo-humérale*.
SCROTAL. Voy. *Hypospadias*.
SCROTUM (éléphantiasis du), *Lannelongue*..... 629
SCROTUM (plaie du), *de Saint-Germain*..... 600
SECTION DE L'APONÉVROSE PLANTAIRE, *Le Dentu*,..... 486
SECTION DES TENDONS EXTENSEURS, *Terrier*..... 645
SECTION TENDINEUSE, *Tillaux*..... 397
SEIN (affections du), *Broca*..... 147
SEIN (amputation du), *Després*.... 528
SEIN (carcinome du), *Perier*..... 679
SEIN (fibrome du), *Trélat*..... 129
SEIN (pansement du), *Després*..... 528
SEIN (tumeur cancéreuse du), *Gillette*..... 730
SÉTON FILIFORME, *de Saint-Germain*..... 609
SEPTICÉMIE, *Terrillon*..... 750
SILICATÉ (appareil), *Lannelongue*... 634
SINUS MAXILLAIRE (exostose du), *Després*..... 511
SOLUTIONS DE CONTINUITÉ, *Cusco*, 42 ; — *Demarquay*..... 425
SOUS-UNGUÉALE (exostose), *Dolbeau*, 223 ; — *Gosselin*..... 76
SPÉCULUM QUADRIVALVE (emploi du), *Horteloup*..... 551
SPERMATIQUE (hydrocèle), *Duplay*.. 300
SPHINCTER (électrisation du), *Delens*..... 686
SPINA-BIFIDA, *Després*, 531 ; — *Guéniot*, 661 ; — *Péan*, 293 ; — *Polaillon*..... 585
STAPHYLOME DE LA CORNÉE, *Panas*, 374 ; — *Trélat*..... 122
STAPHYLOME iridien, *Broca*..... 141
STERCORALE (fistule), *Panas*..... 361
STERNUM (fracture du), *Després*... 493
STRICTION DES VEINES PAR UN FIL D'ARGENT, *Périer*..... 675
SUS-MALLÉOLAIRE (amputation), *Labbé*..... 205
SUTURE DES TENDONS, *Polaillon*.... 587
SYMBLÉPHARON, *Le Dentu*..... 490
SYNDACTYLIE congénitale, *de Saint-Germain*..... 606
SYNOVITE DES EXTENSEURS OU DES FLÉCHISSEURS, *Gosselin*..... 97
SYPHILIDES, *Després*, 519 ; — *Horteloup*..... 547
SYPHILIS, *Després*, 517 ; — *Horteloup*, 547 ; — *Panas*, 354 et 358 ; — *Verneuil*..... 192
SYPHILIS EXANTHÉMATIQUE, *Horteloup*..... 547
SYSTÈME NERVEUX (affections du), *Panas*, 369 ; — *Verneuil*..... 166

T

TACHES CICATRICIELLES DE LA CORNÉE, *Marc Sée*..... 457
TAILLE, *de Saint-Germain*, 600; — Taille pré-rectale. *Tillaux*, 405; — *Terrillon*..... 746
TAILLE URÉTHRALE, *T. Anger*, 592; — *Périer*..... 679
TAILLE VAGINALE, *Labbé*..... 204
TALON (contusion chronique profonde du) par compression, *Després*..... 513
TARSALGIE DES ADOLESCENTS, *Gosselin*..... 77
TAXIS, *Le Dentu*..... 483
TÉGUMENTS (affections des), *Demarquay*, 420; — *A. Guérin*..... 60
TEMPORO-MAXILLAIRE (ankylose), *Richet*..... 26
TENDONS (affections des), *Duplay*, 353; — *Tillaux*..... 397
Voy. *Section tendineuse*.
TENDONS (anastomose des), *Duplay*. 353
TENDONS (greffe des), *Tillaux*..... 397
TENDONS (plaies des), *B. Anger*, 475; — *Polaillon*..... 587
TENDONS (affections des gaines des), *Tillaux*..... 397
TENDONS (rupture des), *Duplay*... 353
TENDONS (sutures des), *Polaillon*.. 587
TENDONS EXTENSEURS (section des), *Terrier*..... 645
TÉNESME, *Guyon*..... 269
TÉNORRAPHIE, *B. Anger*..... 475
TÉNOTOMIE, *Broca*, 146; — *de Saint-Germain*, 594; — *Marc Sée*..... 447
TESTICULE (affections du), *Horteloup*. 539
TESTICULE (cancer du), *Horteloup*. 540
TESTICULE (ponction du), *Gillette*.. 726
TESTICULE (tumeur du), *Lannelongue*..... 625
TESTICULE TUBERCULEUX, *Gillette*, 724; — *Nicaise*, 695; — *Richet*. 11
TÉTANOS, *Cruveilhier*, 444; — traumatique, *Le Dentu*, 491; — *Panas*, 369; — *Verneuil*..... 369
TÊTE (kyste sébacé de la), *Gosselin*. 96
THYROÏDE (kyste du corps), *Demarquay*, 426; — *Marc Sée*..... 457
TIBIA (abcès du), *Duplay*..... 332
TIBIA (ostéite suppurée du), *Trélat*..... 107
TIBIA (périostite phlegmoneuse diffuse du), *Duplay*..... 3
TIBIO-TARSIENNE (amputation), *Desormeaux*, 254; *Le Fort*..... 5
TIBIO-TARSIENNE (désarticulation), *B. Anger*, 468; — *Panas*, 369; *Terrier*..... 6
TISSU SOUS-CUTANÉ (affections du), *Demarquay*..... 1
TONSURE CONJONCTIVALE, *Le Fort*.. 2
TORSION DES ARTÈRES, *Tillaux*..... 3
TORTICOLIS, *de Saint-Germain*..... 6
TRACHÉE (affections de la), *Demarquay*..... 4
TRACHÉE (rétrécissement syphilitique de la), *Demarquay*..... 4
TRACHÉOTOMIE, *B. Anger*, 478; — *Broca*, 145; — *Després*, 530; — *de Saint-Germain*; — *Marc Sée*, 459..... 6
TRAJETS FISTULEUX, suite d'abcès, *Désormeaux*..... 2
TRÉPANATION, *Lucas-Championnière*, 706; — *Périer*, 680; — *Terrillon*..... 7
TRÉPANATION DE LA CORNÉE, *Panas*. 3
TRÉPANATION DES OS, *Cruveilhier*.. 4
TRICHIASIS, *Le Fort*, 230; — *Trélat*..... 1
TROMPE D'EUSTACHE (cathétérisme de la), *Tillaux*..... 3
TROUBLES DE LA MENSTRUATION après les lésions chirurgicales, *Terrillon*..... 7
TUBE DIGESTIF (affections du), *Guyon*, 271; — *Lannelongue*..... 6
TUBE DIGESTIF (corps étranger dans le), *de Saint-Germain*..... 6
TUBE INTESTINAL (affection du), *Broca*, 148; — *Nicaise*, 691; — *Périer*..... 6
TUBERCULE DU TESTICULE, *Gillette*, 724; — *Nicaise*, 695; — *Richet*. 1
TUMEURS, *Trélat*..... 1
TUMEUR BLANCHE DU GENOU, *Gosselin*, 76; — *A. Guérin*, 56; — fongueuse, *de Saint-Germain*, 593; — *Marc Sée*..... 4
TUMEUR CANCÉREUSE DU SEIN, *Gillette*..... 7
TUMEURS DU COU, *Richet*, 33; — érectiles, *de Saint-Germain*, 590; — érectile veineuse, *Cruveilhier*... 4
TUMEURS ÉRECTILES, *Tillaux*, 380; — du cou, *de Saint-Germain*, 609; — veineuse du cou, *Cruveilhier*, 441; — veineuse de la joue, *Ver-*

neuil..... 157
TUMEUR ÉRECTILE SOUS-CUTANÉE, *Labbé*..... 210
TUMEUR ÉRECTILE VEINEUSE, *Duplay*..... 347
TUMEUR FIBREUSE pédiculée, *Labbé*. 199
TUMEUR FIBREUSE utérine, *Terrier*. 655
TUMEURS DE LA LANGUE, *Delens*.... 687
TUMEUR DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE, *Gillette*..... 715
TUMEUR HÉMORRHOÏDAIRE végétante, *Labbé*..... 199
TUMEUR DE LA JOUE, érectile veineuse, *Verneuil*..... 157
TUMEUR LACRYMALE, *Gosselin*, 81; — *Terrier*..... 649
TUMEUR DU SAC LACRYMAL, *de Saint-Germain*..... 590
TUMEUR DU TESTICULE, *Lannelongue*. 625
TUNIQUE VAGINALE (hématocèle de la), *Tillaux*..... 401
TYMPAN (atrophie du), *Tillaux*... 395
TYMPAN (destruction de la membrane du), *Tillaux*..... 390
TYMPAN (engouement de la cuisse du), *Tillaux*..... 386
TYMPAN (ponction du), *Tillaux*.... 392
TYMPAN ARTIFICIEL, *Tillaux*..... 390

U

ULCÉRATIONS rebelles, *B. Anger*... 476
ULCÈRES, *Panas*, 377; — *Verneuil*, 174; — atoniques, *Terrier*, 654; — indolent et atonique des jambes, *Dolbeau*, 216; — rebelle et douloureux du mollet, *Verneuil*, 179; — variqueux, *Broca*, 152; — *Dolbeau*, 216; — *Terrier*.... 654
ULCÈRE DES JAMBES indolent et atonique, *Dolbeau*..... 216
ULCÈRE DU MOLLET rebelle et douloureux, *Verneuil*..... 179
URANOPLASTIE, *Richet*, 30; — *Tillaux*..... 378
URÉTHRALE (taille), *T. Anger*, 592; — *Périer*..... 679
URÈTHRE (affections de l'), *Després*, 517; — *Horteloup*..... 540
URÈTHRE (cathétérisme de l'), *Gosselin*, 90; — *Guyon*..... 260
URÈTHRE (déchirure de l'), *Desormeaux*..... 254
URÈTHRE (dilatation de l') avec l'éponge préparée, *Després*..... 520
URÈTHRE (polypes de l'), *Richet*... 10
URÈTHRE (rétrécissements de l'), *Demarquay*, 413; — *Desormeaux*, 251; — *Duplay*, 299; — *A. Guérin*, 51; — *Guyon*, 262; — *Horteloup*, 544; — *Le Fort*, 236; — *Péan*, 289; — *Tillaux*, 402; — *Trélat*..... 116
URÉTHROSCOPE, *Després*..... 517
URÉTHROTOMIE, *Cusco*, 51; — *Desormeaux*, 251; — *A. Guérin*, 51; — interne, *Guyon*, 264; — *Horteloup*, 544; — *Trélat*, 116; — externe, *Demarquay*..... 415
URÉTHRO-PÉRINÉALES (fistules), *Lannelongue*..... 626
URINAIRES (affections) chez l'homme et la femme, *Guyon*..... 260
Voy. *Génito-urinaires*.
URINAIRES (calculs), *Labbé*..... 204
URINAIRES (fistules), *Lannelongue*. 76
URINE (rétention d'), *Cruveilhier*, 435; — *Gosselin*, 90; — *Labbé*, 201; — incomplète, *Guyon*..... 270
UTÉRUS (abaissement de l'), *Demarquay*, 417; — *Després*..... 520
UTÉRUS (cancer du col de l'), *Demarquay*..... 417
UTÉRUS (cancer ulcéré de l'), *Potaillon*..... 581
UTÉRUS (carcinome du col de l'), *Péan*..... 281
UTÉRUS (catarrhe du col de l'), *Panas*..... 358
UTÉRUS (déviation de l'), *Cusco*.... 44
UTÉRUS (épithélioma du col de l'), *Labbé*..... 201
UTÉRUS (hémorrhagie grave de l'), *Richet*..... 9
UTÉRUS (leucorrhée de l'), *Dubrueil*. 557
UTÉRUS (polypes de l'), *Demarquay*, 416; — *Désormeaux*, 254; — *Gosselin*, 84; — *Guéniot*, 669; — *Péan*, 282; — *Richet*..... 8
UTÉRUS (prolapsus de l'), *Th. Anger*, 572; — *Le Fort*..... 234
UTÉRUS (affections), *Cusco*, 44; — *Guéniot*..... 667
UTÉRUS. Voy. *Matrice*.

V

VAGIN. Voy. *Fistule recto-vaginale*, *Fistule vésico-vaginale*.
VAGIN (écoulements vaginaux), *Trélat*..... 118
VAGIN (kyste pédiculé de la paroi

du), *Tillaux* 402
VAGINALE (hydrocèle et hydro-hématocèle). Voy. *Hydrocèle* et *Hydro-hématocèle*.
VAGINISME, *Trélat* 117
VAGINITE, *Demarquay*, 418; *Dubrueil* 555
VAISSEAUX (affections des), *B. Anger*, 471; — *Broca*, 150; — *Cruveilhier*, 441; — *Cusco*, 41; — *Desormeaux*, 259; — *Després*, 522; — *Gosselin*, 105; — *Labbé*, 219; — *Verneuil* 198
VALGUS (pied), *Labbé*, 207; — *Marc Sée* 447
VALVULE MUSCULO-MUQUEUSE du col vésical, *Horteloup* 542
VARICES. Voy. *Ulcère variqueux*.
VARICES DE LA VESSIE, *Horteloup*.. 540
VARICOCÈLE, *Demarquay*, 413; — *Périer*, 675; — *Richet* 5
VÉGÉTATIONS, *Horteloup* 539
VÉGÉTATIONS ANALES, *Cruveilhier*, 441; — *Dubrueil* 553
VÉGÉTATIONS DES ORGANES GÉNITAUX EXTERNES de la femme, *Tillaux*.. 402
VÉGÉTATIONS DE LA VULVE, *Gillette*, 726; — *A. Guérin*, 50; — *Panas*, 357; — *Périer* 679
VEINES (striction des) par un fil d'argent, *Périer* 675
VERGE (cancer de la), *Cruveilhier*. 434
VERGE (carcinome de la), *Horteloup*. 539
VERGE (épithélioma de la), *Polaillon* 581
VÉSICAL (col). Voy. *Col vésical*.
VÉSICO-RECTALE (fistule), *Tillaux*.. 407
VÉSICO-VAGINALE (fistule) large, *B. Anger*, 479; — *Labbé*, 203; — *Lannelongue*. 639; — *Verneuil*. 194
VÉSICULES SÉMINALES (inflammation des), *Verneuil* 192
VESSIE (affection de la), *Broca*, 150; — *Després*, 517; — *Horteloup*, 540; — *Lannelongue* 639
Voy. *Calcul*, *Contractures*, *Cystite*, *Fistule vésico-vaginale*.
VESSIE (calcul de la), *Dolbeau*, 224; — *de Saint-Germain*, 600; — *Tillaux* 405
VESSIE (calcul de la), femme, *Th. Anger*, 572; — *Després*, 520; — *Nicaise*, 696; — *Péan*, 289; — *Périer* 679
VESSIE (corps étranger de la), *Nicaise*, 693; — *Terrillon* 746
VESSIE (exstrophie de la), *Le Fort*, 233; — *Terrier* 655
VESSIE (fongus de la), *Horteloup*... 542
VESSIE (varices de la), *Horteloup*.. 540
VISCÈRES ABDOMINAUX (affections des), *Trélat* 112
VICES DE CONFORMATION DES DOIGTS, *de Saint-Germain* 606
VOIES AÉRIENNES (affections des), *Cusco* 38
VOIES RESPIRATOIRES (affections des), *Broca* 145
VOIES URINAIRES (affections des), *Guyon*, 260; — *Le Dentu* 492
Voy. *Génito-urinaires*.
VOILE DU PALAIS (adhérence du) à la paroi postérieure du pharynx, *Verneuil* 158
VOUTE PALATINE (abcès de la), *Tillaux* 373
VULVAIRE (folliculite), *Dubrueil*... 556
VULVE (cancer de la), *Dubrueil*.... 565
VULVE (éléphantiasis de la), *Dubrueil* 561
VOUTE PALATINE (perforation de la), *Duplay*, 345; — *Gosselin*, 104; — *Richet*, 30; — *Tillaux* 373
VULVE (esthiomène rongeant de la), *Dubreuil* 561
VULVE (végétations de la), *Gillette*. 727; — *A. Guérin* 50

Y

YEUX (affections des), *Broca*, 141, — *Demarquay*, 431; — *Dolbeau*, 217; — *Duplay*, 349; — *Gueniot*, 657; — *Panas*, 374 et 377; — *Tillaux*, 395; — *Trélat* 121
Voy. *Œil*, *Oculaire* (affections) et *Ophthalmie*.

FIN DE LA TABLE ALPHABÉTIQUE.

CORBEIL. — Typ. et stér. de Crété.

2e Série. — N° 132. Octobre 1877.

BULLETIN MENSUEL

DE LA LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, rue Hautefeuille, à Paris.

CLINIQUE CHIRURGICALE

DE L'HOPITAL DE LA CHARITÉ

Par L. GOSSELIN

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital de la Charité et de l'hôpital Rothschild,
Membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, commandeur de la Légion d'honneur

2e édition. Paris, 1877, 2 vol. in-8 de chacun 700 pages, avec figures. 24 fr.

LA CHIRURGIE JOURNALIÈRE

LEÇONS DE CLINIQUE CHIRURGICALE PROFESSÉES A L'HOPITAL COCHIN

Par A. DESPRÉS

Chirurgien de l'hôpital Cochin, professeur agrégé de la Faculté de médecine.

Paris, 1877, 1 vol. in-8 de 700 pages, avec figures. — Prix : 10 fr.

PRÉCIS

D'OPÉRATIONS DE CHIRURGIE

Par le docteur J. CHAUVEL

Professeur agrégé de médecine opératoire à l'École du Val-de-Grâce.

Paris, 1877, in-18 jésus, 692 pages, avec 281 figures dessinées par le docteur E. CHARVOT. — 6 francs.

ARSENAL

DE LA CHIRURGIE CONTEMPORAINE

DESCRIPTION, MODE D'EMPLOI ET APPRÉCIATION

DES APPAREILS ET INSTRUMENTS

EN USAGE

POUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DES MALADIES CHIRURGICALES
L'ORTHOPÉDIE, LA PROTHÈSE, LES OPÉRATIONS SIMPLES
GÉNÉRALES, SPÉCIALES ET OBSTÉTRICALES

PAR

G. GAUJOT
Professeur à l'École d'application de médecine militaire (Val-de-Grâce)
Médecin principal de l'armée.

E. SPILLMANN
Professeur agrégé à l'École d'application de médecine militaire (Val-de-Grâce)
Médecin-major de 1re classe.

Paris, 1872, 2 forts vol. in-8 avec 1855 figures. — 32 fr.

ÉLÉMENTS DE CHIRURGIE CLINIQUE

COMPRENANT :

Le Diagnostic chirurgical,
Les Opérations en général, les Méthodes opératoires, l'Hygiène,
Le Traitement des blessés et des opérés

Par FÉLIX GUYON

Professeur de la Faculté de médecine, Chirurgien de l'hôpital Necker.

Paris, 1873, 1 vol. in-8 de XXXVIII-672 pages avec 63 figures..... 12 fr.

ENVOI FRANCO CONTRE UN MANDAT SUR LA POSTE.

HISTOIRE

DE LA CHIRURGIE FRANÇAISE

AU XIXe SIÈCLE

ÉTUDE HISTORIQUE ET CRITIQUE

SUR LES PROGRÈS FAITS EN CHIRURGIE ET DANS LES SCIENCES QUI S'Y RAPPORTENT

DEPUIS LA SUPPRESSION DE L'ACADÉMIE ROYALE DE CHIRURGIE
JUSQU'A L'ÉPOQUE ACTUELLE

Par le docteur Jules ROCHARD
Directeur du service de santé de la marine.
Lauréat de l'Académie de médecine, membre correspondant de la Société de chirurgie.

1 vol. in-8 de XIV-800 pages. — 14 fr.

L'auteur a divisé son livre en quatre périodes :

1° La PREMIÈRE commence au renversement de l'Académie royale de chirurgie et à la restauration des écoles, apparition du XIXe siècle, chirurgie militaire.

2° La DEUXIÈME à l'avénement de Dupuytren. Il domine pendant vingt ans. Dans cette période la médecine réalise sa plus grande conquête par la découverte de Laennec, et traverse son plus grand orage avec la doctrine de Broussais

3° La TROISIÈME commence à la mort de Dupuytren et s'étend jusqu'à la découverte de l'anesthésie chirurgicale. Époque de transition, vouée au culte des faits de détail et aux recherches expérimentales, elle porte la lumière sur presque tous les points de la science, elle ouvre à l'anatomie et à la physiologie des perspectives nouvelles, elle prépare la grande évolution que la chirurgie va subir.

4° La QUATRIÈME transforme la médecine opératoire, laisse le champ libre à toutes les excentricités, fait surgir une telle masse de faits et d'innovations, qu'on peut à peine en suivre la trace, et que l'esprit s'égare dans ce dédale. S'il suffit d'indiquer en passant les doctrines oubliées, les procédés tombés en désuétude, et de se borner à leur assigner une date, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit des idées et des méthodes contemporaines. Il faut de toute nécessité en exposer les principes et en discuter la valeur.

CLINIQUE CHIRURGICALE

DE L'HOTEL-DIEU DE LYON

Par A.-D. VALETTE
Professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Lyon.

1 volume in-8 de 720 pages, avec figures. — 12 francs.

SOMMAIRE : La chirurgie lyonnaise depuis un siècle. — Éther et chloroforme. — Du traitement des plaies; cicatrisation après suppuration. — De l'érysipèle traumatique. — Hémorrhagies des opérés. — Des varices et de la cautérisation. — Ligature caustiques. — Des tumeurs hémorrhoïdaires. — De la chute du rectum et de son traitement. — De l'inversion de la matrice et des polypes de l'utérus. — De l'amputation du testicule. — Du varicocèle. — De l'hématocèle vaginale. — Hygroma de la bourse prévotulienne. — Du goître cystique. — Kyste de l'ovaire. — Enchondrôme de la région cervicale. — Des abcès froids. — Anthrax de la lèvre supérieure. — Des tumeurs érectiles. — Grenouillette. — De l'entorse. — Tumeurs blanches. — Fractures et hernies. — Abcès et fistule stercorale. — Affections des voies urinaires. — Tumeur enkystée de la cavité orbitaire. — De la grossesse considérée comme contre-indication des grandes opérations. — De l'amputation tibio-tarsienne.

BAUCHET. **Histoire anatomo-pathologique des kystes**, par J.-L. BAUCHET, professeur agrégé de la Faculté de médecine. Paris, 1857, 1 vol. in-4. 3 fr

— **Anatomie pathologique des kystes de l'ovaire** et de ses conséquences pour le diagnostic et le traitement de ces affections. Paris, 1859, 1 vol. in-4. 5 fr

---

BEAUREGARD. **Des difformités des doigts** (dactylolyses). Dactylolyses essentielles (Ainhum), dactylolyses de cause interne et de cause externe, étude de sémiologie, par le docteur G. Beauregard (du Havre). 1875, in-8 de 110 pages avec 6 planches. 4 fr.

BERGERON (Henri). **Sur les tumeurs ganglionnaires du cou.** Thèse présentée au concours pour l'agrégation, par le docteur Henri Bergeron. Paris, 1873, in-8 de 148 pages avec figures intercalées dans le texte. 3 fr.

BERNARD (Claude) et HUETTE. **Précis iconographique de médecine opératoire** et d'anatomie chirurgicale. *Nouveau tirage*. Paris, 1873, 1 vol. in-18 jésus de 495 pages, avec 113 planches, figures noires. Cartonné. 24 fr.
Le même, figures coloriées. Cartonné. 48 fr.

BERNARD (H.). **Premiers secours aux blessés** sur le champ de bataille et dans les ambulances, par le docteur H. Bernard, ancien chirurgien des armées, précédé d'une introduction par J.-V. Demarquay, chirurgien de la Maison municipale de santé, chirurgien des ambulances de la Presse. Paris, 1871, in-18, 164 pages avec 79 figures. 2 fr.

BOECKEL. **De la galvanocaustie thermique**, par le docteur Eugène Bœckel, chirurgien titulaire de l'hôpital civil de Strasbourg. Paris, 1873, 1 vol. in-8 de 116 pages, avec 3 planches lithographiées. 3 fr. 50

BONNAFONT (J.-P.). **Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et des organes de l'audition**, par J.-P. Bonnafont, médecin principal, membre de l'Académie de médecine. Deuxième édition revue et augmentée. Paris, 1873, 1 vol. in-8 de XVI-700 pages, avec 43 figures. 10 fr.

BONNET. **Traité de la thérapeutique des maladies articulaires**, par le docteur Am. Bonnet, professeur de clinique chirurgicale et chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Paris, 1853, in-8 de 700 pages, avec 97 figures..... 9 fr.

— **Nouvelles méthodes de traitement des maladies articulaires**, par le docteur Bonnet. Seconde édition, revue et augmentée d'une *Notice historique*, par le docteur J. Garin, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et d'un recueil d'observations sur la rupture de l'ankylose, par MM. Barrier, Berne, Philipeaux et Bonnes. 1 vol. in-8 de XLIV-312 pages, avec 17 figures. 4 fr. 50

BOUILLY (G.). **Des lésions traumatiques portant sur des tissus malades.** Paris, 1877, grand in-8, 153 pages. 3 fr.

BOUVIER (H.). **Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur**, professées à l'hôpital des Enfants-Malades, par le docteur Bouvier, médecin de l'hôpital des Enfants, membre de l'Académie de médecine. Paris, 1858, 1 vol. in-8 de 530 pages. 7 fr.

— Atlas 20 planches avec texte descriptif, in-folio, cartonné. 18 fr.

— **Mémoire sur la section du tendon d'Achille** dans le traitement des pieds bots. Paris, 1838, in-4 de 82 pages, avec 1 planche..... 2 fr.

BRAINARD. **Mémoire sur le traitement des fractures non réunies et des difformités des os** par D. Brainard, professeur de chirurgie au Collége médical de l'Illinois. Paris, 1854, grand in-8 de 72 pages, avec 2 planches comprenant 19 figures. 3 fr.

BRAIDWOOD (MURRAY P.). **De la pyohémie ou fièvre suppurative**, par P. Murray Braidwood, ancien président de la Royal Medical Society d'Édimbourg, traduction par le docteur Edw. Alling, revue par l'auteur. Travail ayant obtenu le prix Astley Cooper pour 1869. Paris, 1870, 1 vol. in-8 de 300 pages, avec 12 planches chromolithographiées. 8 fr.

BROCA. **Anatomie pathologique du cancer**, par Paul Broca, professeur à la Faculté de médecine. Paris, 1852, 1 vol. in-4, avec 1 pl. lithographiée. 3 fr. 50

CHAMPIONNIÈRE. **De la fièvre traumatique**, par J. Lucas-Championnière, chirurgien des hôpitaux de Paris. Paris, 1872, in-8 de 178 p. avec fig. 3 fr. 50

CHAPPLAIN. **Études et observations sur quelques maladies chirurgicales des articulations**, par le docteur Chapplain, professeur de clinique chirurgicale à l'École préparatoire de médecine de Marseille. In-8, 38 pages. 1 fr. 50

CHÉDEVERGNE. **Des fractures indirectes de la colonne dorso-lombaire**, par le docteur Chédevergne, chirurgien de l'Hôtel-Dieu et professeur de l'École de médecine de Poitiers. Paris, 1869, in-4 de 124 pages. 3 fr. 50

COCTEAU (Th.-C.). **Recherches sur les altérations des artères** à la suite de la ligature, par Th. Cocteau, prosecteur de l'amphithéâtre des hôpitaux. Paris, 1867, in-8, 77 pages. 1 fr.

COOPER (Astley). **Œuvres chirurgicales**, traduit de l'anglais avec des notes par E. Chassaignac et G. Richelot. Paris, 1837, in-8 (14 fr.). 4 fr. 50

CORRE (A.). **La pratique de la chirurgie d'urgence**, par le docteur A. Corre, ex-médecin de 1re classe de la marine. Paris, 1872, 1 vol. in-18 de VIII-216 pages, avec 54 figures. 2 fr.

COURBON (Alf.). **Mémoire sur les abcès de la fosse lombaire**. Paris, 1871, in-8 de 92 pages. 2 fr.

DÉCAISNE (P.) **Gangrène d'une partie de la base de l'encéphale** reconnaissant pour cause une thrombose survenue à la suite d'une phlébite spontanée. Paris, 1867, in-4, 36 pages. 1 fr. 50

DECHAUX. **Parallèle de l'hystérie** et des maladies du col de l'utérus, par le docteur DECHAUX (de Montluçon). Paris, 1873, 1 vol. in-8 de VIII-444 pages. 5 fr.

— **Des plaies pénétrantes des articulations**, par le docteur Dechaux. Mémoire couronné (médaille d'or) par la Société de médecine et de chirurgie de Toulouse. 1875, gr. in-8 de 121 p. 3 fr. 50

— **La vérité sur les maladies de l'utérus et de la physiologie médicale de la femme**. Paris, 1877, in-8 de 178 pages. 3 fr. 50

DEMARQUAY. **De la régénération des organes et des tissus en physiologie et en chirurgie**. Paris, 1874. 1 vol. gr. in-8 de VIII-328 pages avec 4 planches contenant 16 figures lithographiées et chromolithographiées. 16 fr.

DENONVILLIERS (C.). **Déterminer les cas qui indiquent l'application du trépan** sur les os du crâne. Paris, 1839, in-4, 82 pages. 1 fr. 50

DUCHAUSSOY. **Anatomie pathologique des étranglements internes** et conséquences pratiques qui en découlent, par A.-P. DUCHAUSSOY, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. Paris, 1860, 1 vol. in-4 de 294 pages, avec une planche lithographiée. 5 fr.

DUPUYTREN. **Mémoire sur une nouvelle manière de pratiquer l'opération de la pierre.** Paris, 1836, in-fol. avec 10 planches. 10 fr.

— **Mémoire sur une méthode nouvelle pour traiter les anus accidentels.** Paris, 1828, in-4, 57 p. avec 3 pl. 3 fr.

EHRMANN (J.). **Étude sur l'uranoplastie** dans ses applications aux divisions congénitales de la voûte palatine, par le docteur J. EHRMANN (de Mulhouse). Paris, 1869, in-4 de 104 pages. 3 fr.

— **Note sur la staphylorraphie et de l'uranoplastie** chez les enfants du premier âge, 1870, in-8 de 16 pages. 50 cent.

GALOPEAU. **Manuel du pédieure**, ou l'art de soigner les pieds, par GALOPEAU. Paris, 1877, 1 vol. in-18, 132 pages avec 28 figures. 2 fr.

Structure, fonctions et hygiène; sueurs, durillons, oignons, cors, verrues ou œils-de-perdrix engelure, ongle incarné, etc.

GERDY. **Traité des bandages, des pansements et de leurs appareils**, par P.-N. GERDY, professeur à la Faculté de médecine de Paris, etc. Paris, 1837, 1839. 2 vol. in-8 et atlas de 20 planches in-4. 6 fr.

GILLETTE. **Chirurgie journalière des hôpitaux de Paris**, répertoire de thérapeutique chirurgicale, par le docteur A. GILLETTE, chirurgien des hôpitaux de Paris. Paris, 1878, in-8 de 800 pages avec 650 figures.

— **Clinique chirurgicale des hôpitaux de Paris**, par le docteur P. Gillette, chirurgien des hôpitaux. Paris, 1877, 1 vol. in-8 de 315 pages avec fig. 5 fr.

GOFFRES. **Précis iconographique de bandages, pansements et appareils**, par M. le docteur GOFFRES, médecin principal des armées. *Nouveau tirage*. Paris. 1873, in-18 jésus de 596 pages, avec 81 planches, figures noires. Cartonné. 18 fr.

— Le même, figures coloriées. Cartonné. 36 fr.

GOGUEL. **De la résection temporaire des os de la face**, par le docteur Alfred Goguel. Paris, 1875, in-8 de 88 pages. 2 fr.

GOSSELIN (L.). **Recherches sur les kystes synoviaux de la main et du poignet**. Paris, 1852, in-4 avec 2 pl. 2 fr.

GRIPOUILLEAU. **Le bras artificiel du travailleur**, ou nouveau moyen pratique et économique de remédier à l'ablation du membre supérieur chez les agriculteurs, terrassiers et manouvriers. Paris, 1873, in-18 jésus, 110 pages avec fig. 2 fr.

HANNE (A.). **Essai sur les tumeurs intra-rachidiennes.** Paris, 1872, in-8, 85 pages. 2 fr.

HOUZÉ DE L'AULNOIT. **Recherches sur une tumeur hématokystique** de l'extrémité inférieure de la cuisse intéressant l'os et les parties molles. 1872, in-8 de 10 pages, avec 2 planches. 3 fr.

— **Note sur les avantages et la description** d'un nouveau procédé opératoire. 1872, in-8 de 7 pages, avec 3 planches coloriées. 3 fr.

— **Chirurgie expérimentale, étude historique et clinique sur les amputations sous-périostées,** et de leur traitement sur l'immobilisation du membre et du moignon. Paris, 1873, 1 vol. in-8 de 150 pages, avec 8 figures en photoglyptie et 4 planches. 6 fr.

— Le même, figures coloriées. 8 fr.

— **Chirurgie expérimentale.** Expériences sur la force élastique des bandes et des tubes en caoutchouc par la méthode des poids. 1875, in-8, 44 pages. 1 fr. 50

IUGURIANO (Nicolas). **Des avantages de l'amputation à la suite des blessures par armes de guerre.** Montpellier, 1872, in-8, 60 pages. 1 fr. 50

JULLIEN (Louis). **De la transfusion du sang,** par le docteur Jullien (Louis), professeur agrégé de la Faculté de médecine de Nancy. Paris, 1875, 1 vol. in-8 de 329 pages. 5 fr.

JOBERT. **De la réunion en chirurgie,** par le docteur A.-J. Jobert (de Lamballe), professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Institut (Académie des sciences) et de l'Académie de médecine. Paris, 1864, 1 vol. in-8, avec 7 planches gravées et coloriées. 12 fr.

— **Traité de chirurgie plastique,** par le docteur Jobert (de Lamballe). Paris, 1849, 2 vol. in-8, avec atlas in-folio de 18 planches coloriées. 50 fr.

— **Traité des fistules** vésico-utérines, vésico-utéro-vaginales et recto-vaginale par le docteur Jobert (de Lamballe). Paris, 1852, in-8 de 420 p., avec fig. intercalées dans le texte. 7 fr. 50

Ouvrage servant de complément au *Traité de chirurgie plastique*.

LANNELONGUE (M). **Histoire clinique des tumeurs fibro-plastiques.** Paris, 1868, in-4, 46 pages. 2 fr.

LARREY. **Mémoire sur l'adénite cervicale** observée dans les hôpitaux militaires, et sur l'extirpation des tumeurs ganglionnaires du cou. Paris, 1852, 1 vol. in-4 de 92 pages. 2 fr.

LEDENTU. **Des anomalies du testicule,** par le docteur A. Ledentu, professeur agrégé de la Faculté de médecine. Paris, 1869, in-8, 168 p. avec fig. 3 fr. 50

LETIÉVANT. **Traité des sections nerveuses.** 1 vol. in-8 de 500 pages avec 30 figures. 8 fr.

MALGAIGNE (J.-F.). **Essai sur l'histoire et la philosophie de la chirurgie,** par J.-F. Malgaigne. Paris, 1847, 1 vol. in-4 de 35 pages. 1 fr. 50

— **Histoire de la chirurgie** en Occident, depuis le VI^e^ siècle jusqu'au XVI^e^ siècle, et Histoire de la vie et des travaux d'Ambroise Paré. Paris, 1 v. gr. in-8 de 351 p. 7 fr.

— **Traité d'anatomie chirurgicale et de chirurgie expérimentale,** par J.-F. Malgaigne, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. 2^e^ édition. Paris, 1859, 2 forts vol. in-8. 18 fr.

MALLE. **Clinique chirurgicale de l'hôpital militaire de Strasbourg,** par le docteur P. MALLE, professeur à l'hôpital de Strasbourg. 1 vol. in-8, 756 pages. 6 fr.

MARCHAND (A.-H). **Étude sur l'extirpation de l'extrémité inférieure du rectum,** par le docteur A.-H. Marchand, prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris. Paris 1873, in-8, 124 pages. 2 fr. 50

— **Des accidents qui peuvent compliquer la réduction des luxations traumatiques,** 1875, 1 vol. in-8 de 149 pages. 3 fr.

MAUNOURY (G.). **Etude clinique sur la fièvre primitive des blessés.** Paris, 1877, grand in-8, 100 pages, avec 6 pl. contenant 24 tracés thermométriques. 3 fr.

MONOD. **Etude comparative des diverses méthodes de l'exérèse,** par Ch. Monod, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris. 1875, 1 vol. in-8 de 175 pages. 2 fr. 50

— **Etude sur l'angiome** simple sous-cutané circonscrit (nævus vasculaire sous-

Série. — N° 137. Octobre 1877.

BULLETIN MENSUEL

DE LA LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, rue Hautefeuille, à Paris.

CLINIQUE CHIRURGICALE
DE L'HOPITAL DE LA CHARITÉ

Par L. GOSSELIN

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital de la Charité et de l'hôpital Rothschild,
Membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, commandeur de la Légion d'honneur

2e édition. Paris, 1877, 2 vol. in-8 de chacun 700 pages, avec figures. 24 fr.

LA CHIRURGIE JOURNALIÈRE
LEÇONS DE CLINIQUE CHIRURGICALE PROFESSÉES A L'HOPITAL COCHIN

Par A. DESPRÉS

Chirurgien de l'hôpital Cochin, professeur agrégé de la Faculté de médecine.

Paris, 1877, 1 vol. in-8 de 700 pages, avec figures. — Prix : 10 fr.

PRÉCIS
D'OPÉRATIONS DE CHIRURGIE

Par le docteur J. CHAUVEL

Professeur agrégé de médecine opératoire à l'École du Val-de-Grâce.

Paris, 1877, in-18 jésus, 692 pages, avec 281 figures dessinées par le docteur E. CHARVOT. — 6 francs.

ARSENAL
DE LA CHIRURGIE CONTEMPORAINE
DESCRIPTION, MODE D'EMPLOI ET APPRÉCIATION
DES APPAREILS ET INSTRUMENTS

EN USAGE

POUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DES MALADIES CHIRURGICALES
L'ORTHOPÉDIE, LA PROTHÈSE, LES OPÉRATIONS SIMPLES
GÉNÉRALES, SPÉCIALES ET OBSTÉTRICALES

PAR

G. GAUJOT
Professeur à l'École d'application de médecine militaire (Val-de-Grâce)
Médecin principal de l'armée.

E. SPILLMANN
Professeur agrégé à l'École d'application de médecine militaire (Val-de-Grâce)
Médecin-major de 1re classe.

Paris, 1872, 2 forts vol. in-8 avec 1855 figures. — 32 fr.

ÉLÉMENTS DE CHIRURGIE CLINIQUE

COMPRENANT :

Le Diagnostic chirurgical,
Les Opérations en général, les Méthodes opératoires, l'Hygiène,
Le Traitement des blessés et des opérés

Par FÉLIX GUYON

Professeur de la Faculté de médecine, Chirurgien de l'hôpital Necker.

Paris, 1873, 1 vol. in-8 de XXXVIII-672 pages avec 63 figures..... 12 fr.

ENVOI FRANCO CONTRE UN MANDAT SUR LA POSTE.

cutané, angiome lipomateux, angiome lobulé). Paris, 1873, in-8, 87 pages avec 2 planches. 2 fr. 50

NEYRENEUF. **Du traitement des tumeurs sous-cutanées** par l'application de la pâte sulfo-safranée et de l'action de l'acide sulfurique sur la peau. Paris, 1872. In-8 de 84 pages. 2 fr.

ORÉ. **Études historiques physiologiques et cliniques sur la transfusion du sang.** Deuxième édition. Paris, 1876, in-8, 704 p. avec pl. et fig. 12 fr.

— **Le chloral et la médication intra-veineuse**, études de physiologie expérimentale, applications à la thérapeutique et à la toxicologie. Paris, 1877, 1 vol. grand in-8, 383 pages avec fig. et 3 pl. 9 fr.

— **Tribut à la chirurgie conservatrice, résections, évidements**, par le docteur Oré, chirurgien de l'hôpital St-André de Bordeaux. Paris, 1872, gr. in-8 de 136 p. 3 fr.

— **Ni phlébite, ni caillots.** Réponse aux objections qu'ont soulevées les injections du chloral dans les veines, gr. in-8 de 37 pages. 1 fr. 25

PARÉ (Ambroise). **Œuvres complètes**, revues et collationnées sur toutes les éditions, avec les variantes; accompagnées de notes historiques et critiques, et précédées d'une Introduction sur l'origine et les progrès de la chirurgie en Occident du VI^e^ au XVI^e^ siècle, et sur la vie et les ouvrages d'Ambroise Paré, par J.-F. Malgaigne. Paris, 1840, 3 vol. gr. in-8 à deux colonnes, avec 217 figures. 36 fr.

PAUCHON (A.). **Des luxations des os du carpe** entre eux et en particulier des luxations du grand os, par le docteur A. Pauchon, lauréat de la Faculté de médecine de Paris. 1874, in-8 de 23 pages. 1 fr.

RICHELOT. **De la péritonite herniaire** et de ses rapports avec l'étranglement, par le docteur L.-G. Richelot, aide d'anatomie à la Faculté. Paris, 1873, in-8 de 88 pages. 2 fr.

— **Du tétanos**, 1875, in-8 de 147 pages. 3 fr.

ROUX. **De l'ostéomyélite et des amputations secondaires**, d'après des observations recueillies à l'hôpital de la marine de Saint-Mandrier (Toulon, 1859) sur les blessés de l'armée d'Italie, par M. le docteur Jules ROUX, inspecteur général du service de santé de la marine à Toulon. Paris, 1860, in-4, avec 6 pl. 5 fr.

SARAZIN. **Clinique chirurgicale de l'hôpital militaire de Strasbourg.** Service de M. Ch. SARAZIN, médecin-major, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg. Nancy, 1870, in-8 de 92 pages. 2 fr.

TRÉLAT (U.). **Etude sur les résultats statistiques des opérations pratiquées dans les hôpitaux de Paris.** Paris, 1867, in-4, 20 pages. 1 fr. 25

TRIBES. **De la complication diphthéroïde contagieuse** des plaies, de sa nature et de son traitement. Paris, 1872, in-8 de 62 pages. 2 fr.

VIARD (H.). **Étude sur les résultats définitifs des amputations**, par le docteur H. VIARD. Paris. 1877, gr. in-8 de 116 pages, avec 2 pl. 3 fr.

VIDAL. **Traité de pathologie externe et de médecine opératoire**, avec des résumés d'anatomie des tissus et des régions, par A. VIDAL (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, etc. 5^e^ édition, revue, corrigée, avec des additions et des notes, par le docteur FANO. Paris, 1861. 5 vol. in-8 de 850 pages chacun. 40 fr.

TRAITÉ

DE MÉDECINE OPÉRATOIRE

BANDAGES ET APPAREILS

PAR

Ch. SÉDILLOT
Médecin-inspecteur des armées,
Ancien professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Strasbourg,
Membre de l'Institut de France, etc.

L. LEGOUEST
Médecin-inspecteur des armées,
Ancien professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole du Val-de-Grâce,
Membre de l'Académie de médecine.

QUATRIÈME ÉDITION

Paris, 1870, 2 vol. grand in-8, ensemble 1430 pages, avec figures intercalées dans le texte et en partie coloriées. — 20 fr.

SÉDILLOT (Ch.). **Contributions à la chirurgie.** Paris, 1869. 2 v. in-8 et fig. 24 fr.

— **De l'évidement sous-périosté des os.** Deuxième édition. Paris, 1867, 1 vol. in-8, avec planches polychromiques. 15 fr.

TRAITÉ DE CHIRURGIE D'ARMÉE

Par L. LEGOUEST

Médecin-inspecteur de l'armée, professeur de clinique chirurgicale à l'École du Val-de-Grâce

DEUXIÈME ÉDITION, REVUE ET AUGMENTÉE

Paris, 1872, 1 vol. in-8 de XII-800 pages avec 149 fig. — 14 fr.

NOUVEAUX ÉLÉMENTS

D'ANATOMIE DESCRIPTIVE ET D'EMBRYOLOGIE

PAR

H. BEAUNIS
Professeur à la Faculté de médecine de Nancy

BOUCHARD
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy

Deuxième édition, revue et augmentée.

Paris, 1873, in-8 de 1103 pages, avec 421 figures dessinées d'après nature et intercalées dans le texte. — Cartonné : 18 fr.

Les auteurs ont voulu mettre entre les mains des étudiants et des médecins un livre concis et complet, qui pût tenir sa place sur la table de l'amphithéâtre comme sur le bureau du praticien.

La partie théorique est à la hauteur de la science moderne française.

La partie pratique a été l'objet de soins attentifs. Toujours des dissections sérieuses ont précédé la description.

Les figures intercalées dans le texte ont été en majeure partie exécutées sous les yeux des auteurs, d'après leurs préparations, au moyen de la chambre claire.

Quelques figures nouvelles ont été ajoutées à la deuxième édition. Le texte a été soumis à une révision sévère.

PRÉCIS D'ANATOMIE ET DE DISSECTION

Par H. BEAUNIS et A. BOUCHARD

1877. 1 volume in-18 de 450 pages. — 4 fr. 50

En publiant ce *Précis d'anatomie et de dissection*, les auteurs ont voulu donner pour ainsi dire, un complément à leurs *Nouveaux éléments d'anatomie descriptive et d'embryologie;* ils ont voulu mettre entre les mains de l'étudiant et du praticien une sorte de *memento*, où chacun pût retrouver facilement les notions déjà acquises par l'étude des traités généraux et par la dissection.

CLOQUET (J.). **Anatomie de l'homme.** Ouvrage complet, publié en 52 livraisons Paris, 1821, 5 vol. gr. in-folio, avec 300 planches (468 fr.). 80 fr.

LE GENDRE (E.-Q.). **Anatomie chirurgicale homolographique**, ou Description et figures des principales régions du corps humain, représentées de grandeur naturelle et d'après des sections planes, faites sur des cadavres congelés. Paris, 1858, 1 vol. in-folio de 25 planches dessinées et lithographiées par l'auteur, avec un texte descriptif et raisonné. 20 fr.

NOUVEAUX ÉLÉMENTS

D'ANATOMIE CHIRURGICALE

Par Benjamin ANGER

Chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine, ex-prosecteur de l'amphithéâtre des hôpitaux de Paris.

Paris, 1869, 1 vol. in-8 de 1055 pages, avec 1079 figures, et accompagné d'un Atlas de 12 planches dessinées d'après nature, gravées sur acier et coloriées, et représentant les régions de la tête, du cou, de la poitrine, de l'abdomen, de la fosse iliaque interne, du périnée et du bassin. 40 fr.

— *Séparément*, le texte, 1 vol. in-8. 20 fr.

— *Séparément*, l'atlas, 1 vol. in-4. 25 fr.

ENVOI FRANCO CONTRE UN MANDAT SUR LA POSTE.

ANATOMIE ARTISTIQUE ÉLÉMENTAIRE
DU CORPS HUMAIN

A L'USAGE DES ÉCOLES DE DESSIN, DES COLLÉGES, PENSIONS, ETC.

Par le docteur J. FAU

NOUVELLE ÉDITION

Paris, 1873, in-8, 17 planches avec texte descriptif et explicatif.
Prix : broché, fig. noires, 4 fr.; figures coloriées, 10 fr.

MASSE. **Traité pratique d'anatomie descriptive**, mis en rapport avec l'Atlas d'anatomie, et lui servant de complément, par le docteur J.-N. MASSE, professeur d'anatomie. Paris, 1858, 1 vol. in-12 de 700 pages, cartonné à l'anglaise. 7 fr.

VELPEAU (A.-A.). **Traité complet d'anatomie chirurgicale et topographique du corps humain**, ou Anatomie considérée dans ses rapports avec la pathologie chirurgicale et la médecine opératoire. Troisième édition, augmentée. Paris, 1837. 2 vol. in-8 et atlas de 17 planches in-folio. 20 fr.

TRAITÉ
D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
GÉNÉRALE ET SPÉCIALE
OU
DESCRIPTION ET ICONOGRAPHIE PATHOLOGIQUE DES ALTÉRATIONS MORBIDES
TANT LIQUIDES QUE SOLIDES
OBSERVÉES DANS LE CORPS HUMAIN

Par le docteur H. LEBERT

Professeur de clinique médicale à l'Université de Breslau,

Paris, 1855-1861, 2 vol. in-fol. de texte et 2 vol. in-fol. comprenant 200 planches dessinées d'après nature, gravées et la plupart coloriées. — 615 fr.

Cet ouvrage a été publié en 41 livraisons. Le tome I (liv. I à XX) comprend texte 760 pages, et planches 1 à 94. Le tome II (liv. XXI à XLI) comprend texte, 734 p. planches et 95 à 200. On peut toujours souscrire en retirant régulièrement plusieurs livraisons. Chaque livraison se compose de 30 à 40 pages de texte, sur beau papier vélin, et de 5 planches in-folio gravées et coloriées. Prix de la livraison : 15 fr.
Demi-reliure des 4 vol. gr. in-fol., dos de maroquin, non rognés, dorés en tête : 60 fr

---

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU CORPS HUMAIN
OU
DESCRIPTIONS

Avec figures lithographiées et coloriées

DES DIVERSES ALTÉRATIONS MORBIDES DONT LE CORPS HUMAIN EST SUSCEPTIBLE

Par J. CRUVEILHIER

Professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital de la Charité,

Paris, 1830-1842, 2 vol. gr. in-folio, avec 230 planches coloriées. — 456 fr.

Demi-reliure des 2 vol. gr. in-folio, dos de veau, non rognés. — 24 fr.

Ce bel ouvrage est complet; il a été publié en 41 livraisons, chacune contenant 6 feuilles de texte in-folio grand-raisin vélin, avec 5 planches coloriées avec le plus grand soin, et 6 planches lorsqu'il n'y a que 4 planches coloriées. Les dessins et la lithographie ont été exécutés par A. Chazal. — Chaque livraison. 11 fr.

BULLETIN MENSUEL
DES NOUVELLES PUBLICATIONS DE LA
LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS,
Rue Hautefeuille, 19, près le boulevard Saint-Germain, à Paris.

ATLAS
D'OPHTHALMOSCOPIE MÉDICALE
ET DE CÉRÉBROSCOPIE

MONTRANT CHEZ L'HOMME ET CHEZ LES ANIMAUX

Les lésions du nerf optique, de la rétine et de la choroïde

Produites par les maladies du cerveau, par les maladies de la moelle épinière
Et par les maladies constitutionnelles et humorales

Par E. BOUCHUT

Médecin de l'hôpital des Enfants malades, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris

1 vol. in-4 de VIII-148 pages, avec 14 planches en chromolithographie, comprenant 137 figures et 19 figures intercalées dans le texte. Cartonné. 35 fr.

TRAITÉ ICONOGRAPHIQUE D'OPHTHALMOSCOPIE

comprenant la description des différents ophthalmoscopes

L'examen ou exploration des membranes internes de l'œil et le diagnostic des affections cérébrales et constitutionnelles

Par X. GALEZOWSKI

Professeur libre d'ophthalmologie à l'École pratique, chevalier de la Légion d'honneur

1 vol. in-8 de 200 pages avec atlas de 20 planches chromolithographiées contenant 113 figures et 30 fig. intercalées dans le texte. Cartonné. — 30 fr.

ÉCHELLES TYPOGRAPHIQUES ET CHROMATIQUES

POUR L'EXAMEN DE L'ACUITÉ VISUELLE

Par le docteur X. GALEZOWSKI

1874, 1 vol. in-8, 20 planches noires et color. avec texte. Cartonné. — 6 fr.

TRAITÉ
DES MALADIES DES YEUX

Par le docteur X. GALEZOWSKI

DEUXIÈME ÉDITION AUGMENTÉE

Paris, 1875, 1 vol. in-8 de XVI-980 pages avec 464 figures. — 20 fr.

Du diagnostic des maladies des yeux par la chromatoscopie rétinienne, précédé d'une Étude sur les lois physiques et physiologiques des couleurs, par le docteur X. GALEZOWSKI. 1 vol. in-8, avec 31 figures, une échelle chromatique comprenant 44 teintes et 5 échelles typographiques tirées en noir et en couleur. 7 fr.

ENVOI FRANCO CONTRE UN MANDAT SUR LA POSTE.

ICONOGRAPHIE

OPHTHALMOLOGIQUE

OU DESCRIPTION, AVEC FIGURES COLORIÉES

DES MALADIES DE L'ORGANE DE LA VUE

Comprenant l'anatomie pathologique

La pathologie et la thérapeutique médico-chirurgicales

Par J. SICHEL

Professeur de clinique ophthalmologique.

Ouvrage complet, publié en 23 livraisons. Paris, 1852 à 1859, 2 vol. grand in-4 dont un de 80 planches dessinées d'après nature, gravées et coloriées..... 172 fr. 50

Demi-reliure, dos de maroquin, non rogné, tranche supérieure dorée..... 15 fr.

On peut encore souscrire en retirant une livraison par mois. — Prix de la livraison, 7 fr. 50 centimes.

Cet ouvrage est le résultat de près de trente années de pratique. L'auteur n'a voulu commencer cette publication qu'après avoir rassemblé un assez grand nombre d'observations et de dessins originaux pour pouvoir choisir les faits et les figures caractéristiques servant de types, et en même temps s'être assuré les moyens d'arriver, sous le rapport de la bonne exécution des planches, à un degré de perfection qui n'a pas encore été atteint.

On peut regarder les figures qui composent cet ouvrage, non-seulement comme la fidèle représentation, mais presque comme l'équivalent de la nature. Partout le modèle a été consciencieusement, servilement copié dans ses formes, ses dimensions, ses teintes. Rien n'est inventé, rien n'est embelli, exagéré, ni fait à peu près. De cette manière ces reproductions peuvent avoir la prétention d'expliquer, d'éclairer et de contrôler non-seulement les descriptions de l'auteur, mais encore celles de tous ceux qui ont traité la même matière.

M. Sichel a voulu qu'un médecin, en comparant les figures et la description, pût reconnaître et guérir la maladie représentée, quand il la rencontrerait dans sa pratique.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE

Par A. de GRAEFE

Professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Berlin.

ÉDITION FRANÇAISE, PUBLIÉE AVEC LE CONCOURS DE L'AUTEUR

Par le docteur E. MEYER

Paris, 1867, 1 vol. in-8 de 372 pages avec figures. — 8 fr.

Table des matières. — Du traitement de la cataracte par l'extraction linéaire modifiée. leçons sur l'amblyopie et l'amaurose; de l'inflammation du nerf optique; de la névro-rétinite; de l'ophthalmie sympathique; observations ophthalmologiques chez les cholériques; notice sur les cysticerques.

Séparément, la 2e partie, page 133 à 372, in-8..... 4 fr. 50

DES TROUBLES FONCTIONNELS ET ORGANIQUES

DE L'AMÉTROPIE ET DE LA MYOPIE

ET EN PARTICULIER

De l'accommodation binoculaire et cutanée dans les vices de la réfraction.

Recherches étiologiques des conditions d'existence des divers états réfractifs sur la nature et le mécanisme des phénomènes physiologiques qu'ils comportent et des états pathologiques principaux qu'ils engendrent dans le traitement de la myopie.

Par le docteur Antony MIARD

Ancien chef de clinique ophthalmologique

Paris, 1873, 1 vol. in-8 de XLIII-460 pages..... 7 fr.

ENVOI FRANCO CONTRE UN MANDAT SUR LA POSTE.

AMMON (F.-A. von). **Zeitschrift für die Ophthalmologie**. Dresden, 1830-1835, 5 vol. in-8, fig. ..... 30 fr.

ANAGNOSTAKIS. **Contributions à l'histoire de la chirurgie oculaire** chez les anciens, par A. Anagnostakis. Athènes, 1872. In-8 de 45 pages avec fig. .... 3 fr.

Annales d'oculistique fondées par le docteur Fl. Cunier, continuées par Fallot, J. Bosch, Hairion, Van Roosbroeck, E. Warlomont. Bruxelles, 1868-1873, 63 vol. in-8 et tables des matières contenues dans les 50 premiers.

Les 30 premiers volumes et les tables ..... 300 fr.

Chacune des années suivantes jusqu'en 1871 ..... 20 fr.

Paraît par livraisons mensuelles formant chaque année 2 vol. in-8 d'environ 300 pages chacun. Abonnement annuel pour la France ..... 20 fr.

ARNOLD (F.). **Mémoire sur le ganglion optique**, publié par G. Breschet. Paris, 1830, in-4, 32 p. avec 1 pl. ..... 1 fr. 50

BESSIÈRES. **Affections nerveuses de l'organe de la vue**. Paris, 1838, in-8. (1 fr. 25) ..... 50 c.

BOISSONNEAU (A.-P.) fils. **Renseignements généraux sur les yeux artificiels**, leur adaptation et leur usage. Paris, 1866, in-8 de 32 pages avec figures.. 1 fr. 25

BRUCKE. **Des couleurs** au point de vue physique, physiologique, artistique et industriel, par Ernest Brucke, professeur à l'Université de Vienne, traduit par Paul Schützenberger. Paris, 1866, 1 vol. in-18 jésus de 344 p., avec 46 fig. ..... 4 fr.

CADIAT (O.). **Cristallin, anatomie et développement, usages et régénération**. Paris, 1876, in-8 de 80 pages, 2 figures ..... 2 fr. 50

CAFFE (P.-L.-B.). **Résumé du compte rendu de la clinique ophthalmologique** de l'Hôtel-Dieu et de l'hôpital de la Pitié. Paris, 1837, in-8, 16 p. ..... 75 c.

CAILLET. **Des ruptures isolées de la choroïde**. Strasbourg, 1869, in-4 de 66 pages avec planches dont une coloriée ..... 2 fr. 50

CALDERON (A.-G.). **Des irido-choroïdites**. Paris, 1875, 1 vol. in-8 de 152 pages. 3 fr.

CAMUSET. **Opération de pupille artificielle optique**. Paris, 1874, in-8, 16 p. 1 fr.

CARRON DU VILLARDS (Ch.). **Passe-temps ophthalmologiques maritimes**, ou histoire des affections morbides de l'œil et de ses annexes provoquées et entretenues par les atteintes ou le séjour d'animaux vivants. 1859, in-8, VIII-68 pages. 1 fr. 50

CHELIUS (M.-J.). **Maladies organiques de l'œil**, traduit par Ruef et J. Deyberu Stuttgard, 1839. In-8, 522 pages ..... 6 fr.

CHEVREUL. **Des couleurs** et de leurs applications aux arts industriels à l'aide de cercles chromatiques, par E. Chevreul, directeur des teintures à la manufacture des Gobelins. Paris, 1864, in-fol., avec 27 planches coloriées. Cartonné.... 35 fr.

CHRÉTIEN (H.) **La choroïde et l'iris**, anatomie et physiologie. Paris, 1876, in-8 de 110 pages ..... 2 fr. 50

Congrès d'ophthalmologie. Compte rendu (session de Bruxelles, 1857). Paris, 1858, in-8 ..... 12 fr. 50

— Compte rendu (2e session, Paris, 1862). Paris, 1863, in-8 ..... 12 fr. 50

— Compte rendu (3e session, Paris, 1867). Paris, 1868, 1 vol. in-8 ..... 12 fr. 50

— Compte rendu (4e session, Paris, 1872). Paris, 1873, 1 vol. in-8 ..... 12 fr. 50

CURTIS (John-Harrison). **A synoptical chart of diseases of the Eye**. London, 1830, une pl. coloriée, gr. in-fol. ..... 6 fr.

CUSCO. **Choroïdite**, in-8 de 14 pages et figures ..... 1 fr.

CUSCO et ABADIE. **Glaucome**, in-8 de 17 pages et figures ..... 1 fr.

DEMOURS (A.-P.). **Précis théorique et pratique sur les maladies des yeux**. Paris, 1821, in-8, XVI-598 p. ..... 7 fr. 50

DESMARRES. **Mémoire sur une nouvelle méthode d'employer le nitrate d'argent dans quelques ophthalmies**. Paris, 1842, in-8 de 32 pages. 1 fr. 50

DEVAL (Ch.). **De l'affaiblissement de la vue et de la cécité dans l'amaurose ou goutte sereine et dans la cataracte**. Paris, 1855, in-8 de 48 pages. 1 fr.

DUVAL (Mathias). **Structure et usage de la rétine**. Paris, 1872, 1 vol. in-8 de 142 pages avec figures ..... 3 fr.

FALLOT (L.) et VARLEZ (L.-J.). **Causes de l'ophthalmie** qui règne dans quelques garnisons de l'armée. Bruxelles, 1829, in-8, IV-195 pages ..... 2 fr. 50

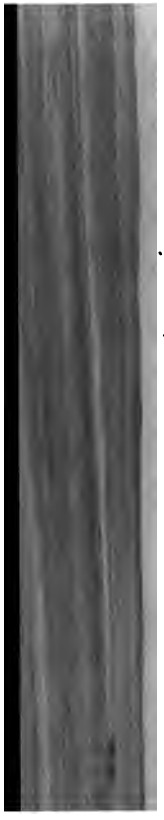
FONTAINE (Jean). **De l'iridotomie**. Paris, 1873, in-8 de 45 p. avec 11 fig. 1 fr. 50

FORGET (C.-P.). **Chorionitis** ou sclérosténose cutanée. 1847, in-8 de 22 pages 1 fr.

FURNARI (S.). **Voyage médical dans l'Afrique septentrionale**, ou de l'ophthalmie considérée dans ses rapports avec les races. Paris, 1845, 1 v. in-8, XII-344 p. 5 fr.

GIRALDÈS (J.-A.). **Études anatomiques** ou recherches sur l'organisation de l'œil. Paris, 1836, in-4, 83 pages avec 7 planches ..... 4 fr. 50

GIRAUD-TEULON. **Physiologie et pathologie de la vision binoculaire**. Paris, 1861, in-8, IX-714 pages avec 114 fig. ..... 9 fr.



MAGNE (A.). **Hygiène de la vue**, 4e édition. Paris, 1866, 1 vol. in-1
— **Ophthalmies traumatiques, choix d'observations rem**
tinées à éclairer l'histoire des corps étrangers de l'œil. I
Paris, 1854, in-8 de 40 pages.....
— **De la cure radicale de la tumeur et de la fistule lacry**
édition. Paris, 1857, in-8 de 34 pages.....
— **Du croup des paupières ou diphthérie de la conjonctiv**
in-8 de 16 pages.....
MARTIN. **Atlas d'ophthalmoscopie.** Paris, 1866, in-4, avec 40 fig.
— **De l'opération de l'iridectomie dans le glaucome, la c**
pliquée, le staphylôme. Paris, 1867, in-8 de 16 pages.....
— **De l'opération de la cataracte et du procédé opératoire**
par la cornée ou kératonyxis. Paris, 1864, in-8 de 38 pages..
MOOREN (A.). **Des affections sympathiques de la vue**, traduit d
le docteur A. Lebeau. Liége, 1870, grand in-8 de 155 pages.....
MOUCHOT (E.). **Essai sur la rétinite pigmentaire.** Paris, 1863, i
avec 2 pl. dont l'une chromolithographiée .....
PAMARD. **Mémoires de chirurgie pratique**, comprenant la catara
fractures du col du fémur. Paris, 1844, in-8, 216 pages avec 4 planc
PARINAUD, **Étude sur la névrite optique** dans la méningite aiguë
le Dr H. Parinaud, ancien interne des hôpitaux. Paris, 1877, in-8, 6
PITET (D.). **Mémoire pratique sur la construction des oculai**
et astronomiques. Paris, 1858, in-8, 24 p. avec 2 pl.....
PLICQUE. **Étude sur le mécanisme des mouvements intra-ocul**
de l'accommodation. Paris, 1868, in-8 de 88 pages.....
POMIER. **Étude sur l'iridectomie.** Paris, 1870, in-8 de 100 p....
REYNAUD-LACROZE (Ch.). **De la névrite et de la périnévrite**
1870 in-8 de 72 p. avec 1 pl.....
ROBIN (Ch.). **Mémoire contenant la description** anatomo-patholog
espèces de cataractes capsulaires et lenticulaires. Paris, 1859, in-4, 6
ROOSBROEK (J. VAN). **Cours d'ophthalmologie.** Traité des mal
Gand, 1853, 2 vol. in-8 (16).....
SCHIFF. **La pupille considérée comme esthésiomètre**, traduit
le docteur Guichard de Choisity. Paris, 1875, in-8 de 36 pages.....
VALLÉE (L.-L.). **Théorie de l'œil.** Paris, 1844-1846, in-8 avec 6 pl..

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, rue Hautefeuille, près du boulevard Saint-Germain.

TRAITÉ PRATIQUE DES ACCOUCHEMENTS

Par A. CHARPENTIER

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

2 vol. gr. in-8 ensemble 2050 pages, avec 752 figures et 1 planche. 30 fr.

L'auteur n'a rien négligé pour faire de son Traité l'œuvre la plus complète sur l'art des accouchements, au point de vue théorique comme au point de vue pratique. Les résultats des travaux publiés pendant ces vingt dernières années en France comme à l'étranger s'y trouvent consignés. Sans entrer à fond dans les discussions purement scientifiques, l'auteur s'est attaché à signaler et à analyser tout ce qui pouvait intéresser le praticien soucieux de se tenir au courant des progrès de la science. Le côté véritablement pratique a reçu plus de développements encore, sans que l'abondance enlève rien à la simplicité de l'exposition. Enfin, rien n'a été négligé au point de vue de l'illustration : c'est un luxe et une véritable profusion de figures.

TRAITÉ CLINIQUE DE L'INVERSION UTÉRINE

Par P. DENUCÉ

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Bordeaux.

1 vol. in-8 de 650 pages avec 102 figures.

TRAITÉ D'EMBRYOLOGIE ET D'ORGANOGÉNIE COMPARÉES

Par Francis BALFOUR

Professeur de morphologie animale à l'Université de Cambridge, membre de la Société royale de Londres.

TRADUIT AVEC L'AUTORISATION DE L'AUTEUR ET ANNOTÉ

Par A.-H. ROBIN

Préparateur du Cours d'anatomie et de physiologie comparées à la Faculté des sciences.

2 vol. in-8, ensemble 1200 pages, avec 600 figures. 30 fr.

MANUEL PRATIQUE DES MALADIES DES FEMMES

MÉDECINE ET CHIRURGIE

Par le docteur G. EUSTACHE

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté libre de médecine de Lille
Chirurgien de l'hôpital Sainte-Eugénie.

1 vol. in-18 jésus de 748 pages..... 8 fr.

Ce *Manuel* est écrit surtout au point de vue pratique : le chapitre du *Traitement*, tant *Médical* que *Chirurgical*, y occupe toujours la place la plus importante.

L'ouvrage est divisé en six *parties*, elles-mêmes subdivisées en un certain nombre de *sections*.

I. Moyens de diagnostic. — II. Maladies des organes génitaux externes (1° maladies de la vulve; 2° maladies du vagin; 3° maladies de l'urèthre et de la vessie; 4° déchirures du périnée; 5° maladies vénériennes des organes génitaux de la femme). — III. Maladies de l'utérus (1° lésions vitales; 2° changements de situation; 3° lésions organiques; 4° lésions fonctionnelles). — IV. Maladies des organes génitaux internes et de leurs dépendances (1° maladies des trompes de Fallope; 2° maladies des ovaires; 3° maladies des ligaments larges et du péritoine pelvien). — V. Maladies du sein. — VI. Traitement de la stérilité.

Mai 83. ENVOI FRANCO CONTRE UN MANDAT POSTAL. N° 301.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DES FEMMES

HORS L'ÉTAT DE GROSSESSE,

PENDANT LA GROSSESSE ET APRÈS L'ACCOUCHEMENT

PAR

FLEETWOOD CHURCHILL et **A. LEBLOND**

Professeur de gynécologie à Dublin. | Médecin de Saint-Lazare.

3e édition, revue et corrigée et contenant l'exposé des travaux français et étrangers les plus récents.

1 vol. in-8 de 1152 pages avec 365 figures..... 18 fr.

Pour conserver à cet ouvrage l'estime et la faveur des patriciens, pour mettre cette 3e édition au courant des progrès de la science et de la pratique, il était nécessaire de remanier un certain nombre de chapitres, d'écrire quelques chapitres nouveaux, et de faire dans tous de nombreuses additions. Ce travail de révision complète et de refonte partielle a été confié à M. le Dr A. Leblond, qui avait déjà donné ses soins à la publication de la deuxième édition française, et que recommandaient ses précédents travaux sur des questions de gynécologie, son expérience spéciale, ses fonctions de médecin de Saint-Lazare, et son titre de rédacteur en chef des *Annales de gynécologie*.

TRAITÉ PRATIQUE DE L'ART DES ACCOUCHEMENTS

PAR LES PROFESSEURS

NÆGELÉ | **GRENSER**

Professeur à l'Université de Heidelberg. | Directeur de la Maternité de Dresde.

Deuxième édition française.

Traduite sur la huitième et dernière édition allemande.

Annotée et mise au courant des derniers progrès de la science.

Par G.-A. AUBENAS

Professeur agrégé à l'ancienne Faculté de médecine de Strasbourg.

Ouvrage précédé d'une Introduction.

Par J.-A. STOLTZ

Doyen de la Faculté de médecine de Nancy.

1 vol. in-8 de 850 pages, avec 1 planche et 227 fig..... 12 fr.

De nombreuses augmentations ont été introduites dans cette seconde édition française : M. Aubenas, par des notes spéciales, a mis le livre de Nægelé et Grenser au courant de la science contemporaine. L'ouvrage est divisé en deux parties : la première concerne la physiologie et l'hygiène de l'accouchement; la seconde, de beaucoup la plus volumineuse, la pathologie et la thérapeutique obstétricales.

Tel qu'il est, ce traité, essentiellement pratique, forme l'ouvrage le plus utile à l'étudiant et au praticien.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES DES FEMMES

Par le docteur T. GALLARD

Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Seconde édition, revue et augmentée.

1 vol. in-8 de 1000 pages, avec 158 fig..... 14 fr.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

Par Sir JAMES y SIMPSON

Professeurs d'accouchements à l'Université d'Édimbourg.

TRADUIT ET ANNOTÉ PAR LE DOCTEUR G. CHANTREUIL

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

1 vol. gr. in-8 de 820 pages, avec fig..... 12 fr.

Ce livre contient l'ensemble des travaux de Simpson qui par la hardiesse de ses conceptions, par la variété de ses vues, la multiplicité et la valeur de ses écrits a conquis en Europe une brillante renommée. Nous citerons en particulier un *Programme de cours d'accouchement*, ses recherches sur la *prolongation de la grossesse*, les *causes de la pertubation*, les *mouvements réflexes du fœtus*, l'*insertion vicieuce du placenta*, la *fièvre puerpérale*, le *tétanos puerpéral*, le *thrombose* et l'*embolie*, les *maladies intra-utérines du fœtus*, les déviations de la matrice, l'*ovariotomie*, etc.

GUIDE PRATIQUE DE L'ACCOUCHEUR ET DE LA SAGE-FEMME

Par Lucien PENARD
Professeur d'accouchements à l'École de médecine de Rochefort.

Sixième édition revue et augmentée.

1 vol. in-18 de 700 pages, avec 200 figures. Cartonné... 6 fr.

AMUSSAT. **Mémoire sur l'anatomie pathologique des tumeurs fibreuses de l'utérus.** 1842, in-8, 73 pages (3 fr.)..... 2 fr.

ARNAL. **Mémoire sur le traitement de quelques affections de la matrice** par l'emploi de l'extrait aqueux de seigle ergoté. 1843, in-8, 155 p... 3 fr.

AUBER. **De la fièvre puerpérale.** 1858, in-8, 107 pages..... 3 fr. 50

BAUCHET. **Anatomie pathologique des kystes de l'ovaire.** 1859, in-4. 5 fr.

BAUDELOCQUE. **De la céphalotripsie.** 1846, in-8, 20 pages..... 1 fr.

BÉCOUR. **Étude sur les injections intra-utérines.** 1881, in-8, 67 p. 2 fr.

BERGERET. **Des fraudes dans l'accomplissement des fonctions génératrices.** *Nouvelle édition*, 1881, 1 vol. in-18 jésus..... 2 fr. 50

BERTIN (N. Joseph). **De la version,** comme moyen d'extraction du fœtus, après l'écrasement de la base du crâne par le céphalotribe. 1859, in-4, 52 pages. 1 fr. 50

BEURMANN (L. DE). **Recherches sur la mortalité des femmes en couches dans les hôpitaux.** 1879, gr. in-8, 64 pages..... 2 fr.

BILLET (L.). **De la fièvre puerpérale** et de la réforme des maternités. 1877, in-8, 80 pages..... 2 fr.

BOIVIN. **Origine, nature et traitement de la môle vésiculaire,** ou grossesse hydatique. 1827, in-8, fig. (2 fr. 50)..... 50 c.

BOIVIN et DUGÈS. **Anatomie pathologique de l'utérus et de ses annexes** fondée sur un grand nombre d'observations cliniques. 1866, 1 atlas in-folio de 41 planches, gravées et coloriées, *représentant les principales altérations morbides de la femme*, et servant de complément à tous les traités de maladies des femmes..... 45 fr.

BONNET (D.-N.). **Cours d'accouchement.** 1854, in-8, avec 14 planches.. 6 fr.

BOUFFIER. **Maladies des femmes.** Métrite chronique. 1862, in-8, 60 p. 1 fr. 25

BOURDON (E.). **Des anaplasties périnéo-vaginales** dans le traitement des prolapsus de l'utérus, des cystocèles et des rectocèles. 1875, in-8, 143 pages avec 8 planches..... 3 fr.

BOURNEVILLE et BOURGEOIS. **Kyste de l'ovaire** par inclusion fœtale. 1867, gr. in-8, avec 1 planche..... 1 fr. 25

BRACHET (Léon). **Myome utérin** délogé par le travail de l'accouchement et opéré avec succès. 1870, in-8, 16 pages..... 1 fr.

BRESCHET. **Études anatomiques, physiologiques et pathologiques de l'œuf** dans l'espèce humaine et dans quelques-unes des principales familles des animaux vertébrés. 1835, 1 vol. in-4, 144 pages, avec 6 planches..... 5 fr.

BRUNEAU. **Etude sur les éruptions herpétiques** qui se font aux organes génitaux chez la femme. 1880, in-8, 106 pages..... 2 fr.

CADIAT. **Étude sur l'anatomie normale et les tumeurs du sein** chez la femme. 1876, in-8, 64 p., avec 3 pl. et 20 fig..... 2 fr. 50

CARPENTIER (A.). **Contribution à l'étude des présentations de la face.** 1876, in-8, 74 pages..... 2 fr.

CATERNAULT (St.). **Essai sur la gastrotomie** dans les cas de tumeurs fibreuses péri-utérines. 1866, in-4, 134 pages..... 3 fr. 50

CELLARD. **De l'éléphantiasis vulvaire chez les Européens.** 1877, gr. in-8, 67 pages..... 1 fr. 50

CHAIGNOT. **Étude sur l'exploration et la sensibilité de l'ovaire** et la douleur ovarique chez la femme enceinte. 1879, in-8, 108 pages..... 2 fr. 50

CHAILLY-HONORÉ. **Traité pratique de l'Art des accouchements.** 6e *éd.*, 1878, 1 vol. in-8 de xx-1036 pages, avec 1 pl. et 282 fig..... 10 fr.

— **De la conversion de la présentation de la face** en présentation du sommet. 1844, gr. in-8, 32 pages..... 1 fr. 50

— **De l'atténuation de la douleur** dans les contractions pathologiques pendant le travail de l'accouchement. 1850, gr. in-8, 8 pages..... 50 c.

CHANTREUIL (G.). **Des dispositions du cordon** (la procidence exceptée) qui peuvent troubler la marche régulière de la grossesse et de l'accouchement. 1875, in-8, 176 pages, avec figures..... 4 fr.

CHARPENTIER. **Signes de l'avortement** pendant les premiers mois de la grossesse. Paris, 1877, in-8, 38 pages..... 1 fr. 25

CHRISTOT. **Ovariotomies.** Observations et tableau statistique. 1867, in-4, 24 pages..... 1 fr.

CLOQUET (Jules). **Mémoire sur la cautérisation** méthodiquement appliquée à la guérison des ruptures du périnée et de la cloison recto-vaginale. In-8, 16 pages..... 1 fr.

CORIVEAUD. **Hygiène de la jeune fille.** 1882, 1 vol. in-18 jésus, 244 p. 2 fr. 50

CORPUT (Van den). **Nouveau système de pessaires-leviers** dans le traitement des déviations utérines. 1865, in-8, 16 pages..... 1 fr.

COSTA-DUARTE (J.-R. da). **Des fistules génito-urinaires** chez la femme. 1865, in-8, 96 pages..... 2 fr.

COSTE (M.). **De la myocardite puerpérale** comme cause la plus fréquente de mort subite après l'accouchement. 1876, in-8, 74 pages..... 1 fr. 50

CUYER et KUHFF. **Les organes génitaux de** l'homme et de la femme. 1873, in-8 avec 2 pl. col. et 56 fig..... 7 fr. 50

DECHAUX. **Parallèle de l'hystérie** et des maladies du col de l'utérus, suivi de mémoires sur la saignée dans la grossesse, etc. 1873, 1 vol. in-8 ..... 5 fr.

— **La femme stérile.** 1882, 1 vol. in-18 jésus, 214 pages..... 2 fr. 50

DEROUBAIX. **Traité des fistules uro-génitales de la femme,** comprenant les fistules vésico-vaginales, vésicales, cervico-vaginales, urétéro-vaginales et urétérales, cervico-utérines. 1870, 1 vol. in-8, XIX-823 p., avec fig..... 12 fr.

DESCHAMPS. **Des divers modes de terminaison des grossesses extra-utérines** et de leur traitement. 1880, in-8, 128 pages..... 2 fr. 50

DESPEYROUX (Henri). **Étude sur les ulcérations du col de la matrice** et sur leur traitement. 1867, in-8, 128 pages, avec 1 pl. chromolith..... 3 fr.

DOLÉRIS. **La fièvre puerpérale** et les organismes inférieurs, pathogénie et thérapeutique des accidents infectieux des suites de couches. 1880, 1 vol. in-8, 334 pages, avec planches..... 6 fr.

DUBAR. **Des tubercules de la mamelle.** 1881, grand in-8, 116 pages, avec 3 planches..... 3 fr. 50

DUBOIS (P.). **Convient-il dans les présentations vicieuses du fœtus de revenir à la version sur la tête?** 1833, in 4, 50 pages..... 1 fr. 50

— **Mémoire sur la cause des présentations de la tête** pendant l'accouchement. 1833, in-4, 27 pages..... 1 fr.

DUBREUILH. **Notice sur la présentation de la face.** 1850, in-8, 16 p. 1 fr.

DUGÈS (Ant.). **Nouveau forceps à cuillers tournantes.** 1833, in-8... 50 c.

DUTERTRE. **De l'emploi du chloroforme dans les accouchements naturels.** 1882, 1 vol. in-8, 378 pages..... 6 fr.

EUSTACHE. **Mémoire sur un fœtus dérencéphale.** 1879, in-8, 30 pages avec planches..... 2 fr.

FAGET. **L'art d'apaiser les douleurs de l'enfantement.** 1880, in-8, 87 pages..... 2 fr.

FERRIER (L.-A.). **Des fongosités utérines,** des kystes de la muqueuse du corps de la matrice et des polypes fibreux de l'utérus. 1851, in-4, 76 pages avec 3 pl. coloriées..... 1 fr. 50

Fièvre puerpérale (de la), de sa nature et de son traitement. Communications à l'Académie de médecine par MM. GUÉRARD, DEPAUL, BEAU, PIORRY, HERVEZ DE CHÉGOIN, TROUSSEAU, P. DUBOIS, CRUVEILHIER, CAZEAUX, DANYAU, BOUILLAUD, VELPEAU, J. GUÉRIN, etc., précédées de l'indication bibliographique des principaux écrits publiés sur la fièvre puerpérale. 1858, in-8, 464 pages..... 6 fr.

FIOUPE. **Lymphatiques utérins.** 1876, in-8, 82 pages..... 2 fr. 50

FOL. **Recherches sur la fécondation** et le commencement de l'hémogénie. 1879, in 4, 309 p. avec 10 pl.. ..... 25 fr.

GAILLARD. **Note sur deux opérations de fistule** vésico-vaginale. 1867, in-8, 8 pages..... 50 c.

GAIRAL (J.-V.). **Des descentes de matrice,** de leur guérison radicale par le raccourcissement du vagin. 1872, in-18 jés., 104 p..... 2 fr.

GALLARD (T.). **De l'avortement au point de vue médico-légal.** 1878, in-8, 135 pages..... 3 fr.

GALLEZ (L.). **Histoire des kystes de l'ovaire,** envisagée surtout au point de vue du diagnostic et du traitement. 1873, 1 vol. in-4, 748 p. avec 24 pl.. 12 fr.

GAUTIER (J.). **De la fécondation artificielle** et de son emploi contre la stérilité chez la femme, 3e édition. 1881, 1 vol. in-18, 80 p., avec fig..... 1 fr. 50

GOURRIER. **Les lois de la génération,** sexualité et conception. 1875, 1 vol. in-18 jésus, 200 pages..... 2 fr.

GROS (Léon). **De la compression de l'aorte** dans les hémorrhagies graves après l'accouchement. 1875, in-8, 39 pages..... 1 fr. 25

— **Du prurit général de la grossesse.** Note sur la rétroversion utérine pendant la grossesse. 1869. in-8, 16 pages..... 75 c.

GROS-FILLAY. **Des indications et contre-indications dans le traitement des kystes de l'ovaire.** 1874, gr. in-8..... 2 fr.

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, Rue Hautefeuille, près du boulevard Saint-Germain.

LEÇONS
SUR LES MALADIES VÉNÉRIENNES

PROFESSÉES A L'HOPITAL DU MIDI

Par le docteur Charles MAURIAC

Médecin de l'hôpital du Midi.

1 volume grand in-8 de 1072 pages..... 18 fr.

Ce volume se compose d'une série de leçons qui sont comme les chapitres d'un traité didactique, avec la même méthode, les mêmes divisions et la même continuité dans l'exposition.

L'hôpital du Midi est un de ceux où affluent chaque jour le plus grand nombre de malades. Aussi M. Mauriac a-t-il pu accumuler dans son ouvrage une quantité considérable de faits sur tous les points de cette pathologie spéciale. Plus de 200 observations disséminées dans des notes ou groupées dans des appendices sont là comme autant de musées contenant toutes les variétés des cas les plus typiques ou les plus curieux. M. Mauriac a su en rendre l'étude féconde et vraiment scientifique en la faisant reposer sur les larges et solides bases de la physiologie et de la pathologie générales.

ICONOGRAPHIE PHOTOGRAPHIQUE
DES MALADIES DE LA PEAU

Par le docteur G.-H. FOX

Professeur de clinique dermatologique au Collège des médecins et chirurgiens de New-York.

1 volume in-4

Avec 48 planches photographiées et coloriées.

Cartonné..... 120 fr.

L'étude des maladies de la peau, sans observations et sans planches coloriées, est impossible. Quelque clair ou pratique que soit un traité, il ne remplacera jamais la vue ou la représentation matérielle des objets dont il fait la description.

Un cours systématique d'études cliniques n'est possible que dans les grandes villes ; le médecin éloigné de ces centres scientifiques est cependant appelé à traiter, parmi sa clientèle, les formes les plus rares des maladies de la peau. Comme le succès dans le traitement de ces affections dépend en grande partie de la sûreté du diagnostic, la valeur d'une série complète de planches bien exécutées est en dehors de toute discussion.

Depuis ces derniers temps, l'intérêt toujours croissant qu'inspire l'étude de la dermatologie a fait sentir le besoin de planches qui représentassent les différentes maladies de la peau. Utiles pour montrer le siège caractéristique et la configuration des diverses affections de la peau, les photographies manquent généralement d'un élément essentiel de diagnostic, le coloris.

Dans la série des planches que nous offrons au corps médical, on s'est servi d'un procédé nouveau : la reproduction des gravures sur des négatifs photographiques. Ces planches possèdent non seulement la netteté des détails et l'éclat des photographies ordinaires, mais elles ne se détériorent pas comme celles-ci, sous l'influence du temps et de la lumière.

Le texte qui accompagne les planches est destiné à appeler l'attention sur les *caractères diagnostics* des diverses affections de la peau, et à suggérer quelques idées pratiques sur leur *traitement*.

Mai 83. ENVOI FRANCO CONTRE UN MANDAT POSTAL. N° 302.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES VÉNÉRIENNES

Par le docteur Louis JULLIEN

Paris, 1879, 1 vol. in-8 de 1120 pages, avec 127 figures, cartonné. — 20 fr.

En écrivant ce livre, auquel il a consacré plusieurs années de travail, l'auteur a eu la préoccupation constante de montrer que les maladies vénériennes, systématiquement éliminées des traités généraux, ne font point exception aux grandes lois de la pathologie générale. Aussi, tout en apportant un soin particulier aux questions de clinique et de thérapeutique, a-t-il essayé de mieux préciser que ses devanciers l'état des connaissances acquises en anatomie pathologique et en histologie.

L'étude des maladies vénériennes devient de moins en moins œuvre de spécialité, et ce n'est pas sans raison que Ricord a pu dire, en voyant l'extension croissante de leur domaine, que la syphilis s'était annexé la Pathologie tout entière.

LEÇONS SUR LA SYPHILIS

FAITES A L'HOPITAL DE LOURCINE

Par le docteur V. CORNIL

Professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de Lourcine.

Paris, 1879, 1 vol. in-8 de 483 pages, avec 9 planches lithog., d'après les dessins de l'auteur, et figures intercalées dans le texte. — 10 fr.

M. Cornil s'est attaché à donner une idée précise sur l'anatomie fine, sur l'évolution histologique de chacune des lésions de la syphilis, depuis le chancre initial jusqu'aux gommes, en passant par les plaques muqueuses, les syphilides cutanées superficielles et profondes, les lésions osseuses et viscérales. Son livre est une série de leçons sur les points essentiels de la syphilis et en particulier sur son anatomie pathologique : les progrès récents de la technique microscopique donnent un intérêt tout particulier à cette publication, où l'auteur ne parle que de ce qu'il a observé.

AUGAGNEUR (V.). **Étude sur la syphilis héréditaire tardive.** 1879, in-8, 128 pages..... 2 fr. 50

BASSEREAU (Léon). **Traité des affections de la peau** symptomatiques de la syphilis. 1852, in-8..... 7 fr. 50

BASSEREAU (Edouard). **Origine de la syphilis.** 1873, in-8, 50 pages. 1 fr. 50

BERTHERAND (A.). **Précis des maladies vénériennes,** de leur doctrine, de leur traitement. *Deuxième édition.* 1874, 1 vol. in-8, 450..... 7 fr.

BOUILLY. **Comparaison des arthropathies** rhumatismales, scrofuleuses et syphilitiques. 1878, in-8, 100 pages..... 3 fr. 50

BRUNEAU. **Étude sur les éruptions herpétiques** qui se *font* aux organes génitaux chez la femme. 1880, in-8, 106 pages..... 2 fr.

DAVASSE (J.). **La syphilis, ses formes, son unité.** 1865, in-8, XII-568 p. 8 fr.

DESPRÉS (A.). **La prostitution en France.** Études morales et démographiques, avec une statistique générale de la prostitution en France, par le Dr Armand Després, chirurgien de l'hôpital de la Charité. 1883, 1 vol. in-8. XII, 208 p. avec 2 pl. col. 6 fr.

— **Est-il un moyen d'arrêter la propagation des maladies vénériennes ?** 1870, in-12, 36 pages..... 1 fr.

DESRUELLES **Histoire de la blennorrhée uréthrale.** 1854, 1 vol. in-8. 6 fr.

DEVERGIE (N.). **Clinique de la maladie syphilitique.** 1826-1833, 2 vol. in-4, avec 126 planches coloriées..... 80 fr.

DIDAY (P.). **Exposition critique et pratique des nouvelles doctrines sur la syphilis.** 1858, 1 vol. in-18 jésus, 560 pages..... 4 fr.

DRYSDALE (C.-R.). **Traitement de la syphilis** et d'autres maladies sans mercure. Traduit de l'anglais. 1864, in-18 jésus, 102 pages..... 1 fr. 50

FOURNIER (H.). **De l'onanisme.** *Troisième édition.* 1883, 1 vol. in-18, 216 p. 2 fr.

FRACASTOR (J.). **La syphilis**, poème en vers latin de Jérôme Fracastor, traduit en vers français ; avec notes par Prosper Yvaren. 1847, in-8..... 5 fr.

GABALDA. **De la contagion des symptômes secondaires de la syphilis.** 1859, in-8, 29 pages..... 1 fr.

GIBERT. **Mémoire sur les syphilides.** 1847, in-8, 60 pages..... 1 fr. 50

GOUTARD. **Du léontiasis syphilitique.** Etude sur quelques cas de syphilides hypertrophiques diffuses de la face en particulier. 1878, in-8, 62 p. et 1 pl. 3 fr.

HUNTER (J.). **Traité de la maladie vénérienne,** traduit de l'anglais par G. Richelot, avec des notes et des additions par Ph. Ricord. *Troisième édition.* Paris, 1859, in-8 de 800 pages (sans planches)..... 6 fr.

HUTTEN (Ulric de). **Livre sur la maladie française** et sur les propriétés du bois de gaïac, traduit et commenté par le Dr Potton. 1865, in-8, LXXX-218 p. 24 fr.

IZARD (A.-A.). **Nouveau traitement de la maladie vénérienne et des syphilides ulcéreuses par l'iodoforme.** 1871, in-8, 48 pages... 1 fr. 50

JEANNEL (J.). **De la prostitution dans les grandes villes** au XIXe siècle et de l'extinction des maladies vénériennes. *Deuxième édition.* 1874, 1 vol. in-18 jésus, 648 pages avec figures..... 5 fr.
JOULIN. **Syphiliographes et Syphilis.** 1862, in-8, 40 pages..... 1 fr. 50
JULLIARD. **Étude critique sur les localisations spinales de la syphilis.** 1879, in-8, 95 pages..... 2 fr. 50
LAGNEAU (E.). **Recherches comparatives sur les maladies vénériennes** dans les différentes contrées. 1867, in-8, 76 pages..... 2 fr.
— **Transmission de la syphilis** d'un nourrisson à sa nourrice. 1875, in-8, 9 pages..... 50 c.
LEGRAND (A.). **De l'or et du mercure dans le traitement de la syphilis** récente et invétérée. 1842, 1 vol. in-8, 548 pages..... 5 fr.
MERCIER (J.). **Conseils aux personnes affaiblies.** 1883, 1 vol. in-18, 108 pages..... 1 fr.

L'Impuissance. — Les Maladies secrètes (Blennorrhagie et Syphilis). — Les Maladies de la peau ; Maladies des voies urinaires ; — Maladies des femmes.

NITOT (E.). **Des gommes syphilitiques** de l'iris et du corps ciliaire. 1880, in-8, 144 pages, avec pl..... 3 fr.
ORY (E.). **Recherches cliniques sur l'étiologie des syphilides malignes précoces.** 1876, in-8, 100 pages..... 2 fr. 50
PAPIN. **Notice sur divers moyens employés pour le traitement de la maladie syphilitique.** 1828, in-8..... 1 fr. 25
PARENT-DUCHÂTELET. **De la Prostitution de la ville de Paris,** considérée sous le rapport de l'hygiène publique, de la morale et de l'administration. *Troisième édition.* 1857, 2 forts vol. in-8, avec cartes et tableaux..... 18 fr.
PASCAL (N.). **Du guaco** et de ses effets prophylactiques et curatifs dans les maladies vénériennes. 1863, in-8. 40 pages..... 1 fr.
PAYAN. **Des remèdes antisyphilitiques.** 1845, in-8..... 3 fr.
PLGOT (Marc). **Essai clinique sur l'action des eaux thermales sulfureuses de Bagnères-de-Luchon** dans le traitement des accidents consécutifs de la syphilis. 1854, in-8..... 3 fr. 50
PUTEGNAT (E.). **Essai sur l'histoire de la syphilis** des nouveau-nés. 1854, in-8, 216 pages..... 3 fr. 50
RATIER. **Lettre sur la syphilis.** 1845, in-8 (2 fr.)..... 1 fr.
RICORD. **Lettres sur la syphilis,** suivies des discours à l'Académie de médecine sur la syphilisation et la transmission des accidents secondaires, par Ph. Ricord. *Troisième édition.* 1863, 1 vol. in-18 jésus, VI-558 pages..... 4 fr.
ROBERT (Melchior). **Nouveau traité sur les maladies vénériennes,** d'après les documents puisés dans la clinique de M. Ricord et dans les services hospitaliers de Marseille. 1861, 1 vol. in-8, 788 pages..... 9 fr.
ROQUETTE (Ch.). **Physiologie des vénériens,** exposé des phénomènes caractéristiques qui accompagnent et suivent les accidents vénériens. 1865, 1 vol. in-18 jésus, 548 pages..... 5 fr.
ROUSSEL. **De la syphilis tertiaire** dans la seconde enfance et chez les adolescents. 1881, gr. in-8, 253 pages..... 4 fr. 50
SCHPERK. **Recherches statistiques sur la syphilis** dans la population féminine de Saint-Pétersbourg. 1875, in-8, 45 pages, avec fig..... 1 fr. 50
SIMON (Léon) fils. **Des maladies vénériennes** et de leur traitement homœopathique. 1860, in-18 jésus, 744 pages..... 6 fr.
SPERINO. **La syphilisation** étudiée comme méthode curative et comme moyen prophylactique des maladies vénériennes. 1853, 1 vol. in-8, 322 pages..... 2 fr.
Syphilis vaccinale (De la). Communications à l'Académie de médecine, par MM. Depaul, Ricord, Blot, Jules Guérin, Trousseau, Devergie, Briquet, Gibert, Bouvier, Bousquet, suivies de Mémoires sur la Transmission de la syphilis par la vaccination, par MM. A. Viennois, Pellizari, Palasciano, Philipeaux et Auzias-Turenne. 1865, 1 vol. in-8, 392 pages..... 6 fr.
TARDIEU (A.). **Étude médico-légale sur les maladies produites accidentellement ou involontairement** par imprudence, négligence, ou transmission contagieuse, comprenant l'histoire médico-légale de la syphilis. 1879, 1 vol. in-8..... 4 fr.
TARTENSON. **La syphilis,** son histoire et son traitement (méthode anglaise). 1881, 1 vol. in-18, 238 pages..... 3 fr.
TREUILLE (A.). **Traité pathologique et thérapeutique des maladies vénériennes.** 1846, in-8 (5 fr.)..... 3 fr.
VIDAL (A.). **Des inoculations syphilitiques.** 1849, in-8..... 1 fr.
WORBE. **Essai sur la prophylaxie et le traitement abortif des maladies vénériennes.** 1847, in-8, 23 pages..... 1 fr.
ZAMBACO (A.). **Des affections nerveuses syphilitiques.** 1862, in-8. 7 fr.

NOUVEAUX ÉLÉMENTS D'HYGIÈNE

Par Jules ARNOULD
Professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lille.

1 volume gr. in-8, de 1,360 pages, avec 284 figures, cartonné... 20 fr.

Mon but a été d'offrir aux étudiants et aux jeunes médecins le cadre à peu près complet de l'hygiène, sous une forme abordable à toute personne d'une préparation scientifique moyenne. C'est dire que je me suis refusé, sur bien des points, les développements que la matière eût pu comporter, afin de ne laisser à l'écart aucun des objets sur lesquels il convenait d'appeler l'attention.

Dans les écoles, l'acquisition des connaissances qui, pourtant, ne sont que les *moyens* de l'art de guérir, et aussi de l'art de prévenir, prélève une lourde part du temps des études, quand elle ne le prend pas tout entier. Il n'est peut-être pas impossible de modifier cet état de choses ; mais il faudra toujours, pour être médecin, savoir d'abord l'anatomie, la physiologie, la pathologie générale, etc. Après tout, l'hygiène elle-même a besoin de ces sciences et de quelques autres ; elle en est la synthèse. Seulement, la préparation est si longue qu'elle laisse peu de place à la science d'applications. Cependant, l'hygiène préoccupe aujourd'hui un peu tout le monde, et il est certain que, de plus en plus, le médecin ne sera pas consulté rien que par des malades. Les familles, les associations et les établissements de bienfaisance, les grandes industries à personnel nombreux, les administrations publiques, sollicitent de lui, chaque jour, des formules qui ne sont pas dans le *Codex*.

Prévenir le jeune médecin des questions qui se présenteront, lui en montrer les faces diverses et l'étendue, préparer sa réponse et, sans lui dicter aucune formule, le mettre à même de légitimer celle qu'il fournira, ce ne peut être qu'utile et désirable, pour l'intérêt public et pour l'honneur médical.

Si l'on reconnaît que je me suis approché de ce but, la tentative actuelle sera suffisamment justifiée.

(*Extrait de la préface de l'auteur*).

Les *Nouveaux éléments d'hygiène* se divisent en trois parties :

1re PARTIE. **Hygiène générale** : I. *Du sol* (constitution, capacité du sol pour la chaleur, les gaz et l'eau, état de la surface, eaux libres et terrestres) ; II. *De l'atmosphère* (éléments normaux, éléments accidentels, propriétés physiques) ; III. *Des habitations privées et collectives* (choix et préparation du sol, construction, l'habitation milieu respiratoire, l'habitation milieu thermique, éloignement des immondices, approvisionnement d'eau ; IV. *Du vêtement et de la propreté corporelle;* V. *De l'alimentation et des boissons;* aliments proprement dits, condiments, boissons); VI. *De l'exercice et du repos.*

2e PARTIE. **Hygiène spéciale** : I. *L'homme considéré comme groupe dans l'animalité*; II. *Les groupes ethniques;* III. *Le groupe infantile, hygiène de l'enfance*; IV. *Le groupe scolaire ;* V. *Le groupe industriel*; VI. *Le groupe militaire et marin* ; VII. *Le groupe urbain ;* VIII. *Le groupe rural ;* IX. *Les malades et les maladies* (le malade à domicile, le malade à l'hôpital, les malades vis-à vis des individus sains ; prophylaxie internationale); X. *Assainissement de la mort.*

3e PARTIE. **Législation sanitaire et organisation de l'hygiène publique.** *France* (Hygiène publique à l'intérieur, hygiène municipale, organisation sanitaire extérieure, police sanitaire des animaux), *Angleterre, Belgique, Allemagne, Autriche, Italie, Hollande, Suisse, États-Unis du Nord, Amérique*

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, rue Hautefeuille, près le boulevard Saint-Germain, à Paris.

NOUVELLES PUBLICATIONS SUR L'HYGIÈNE

ARNOULD (J.). **Les controverses récentes au sujet de l'assainissement des villes**, par le Dr Jules Arnould, professeur à la Faculté de médecine de Lille. 1882, in-8, 48 pages. 1 fr. 50

BRAUN, BROUWERS et DOCX. **Gymnastique scolaire** en Hollande, en Allemagne et dans tous les pays du Nord, suivie de l'état de l'enseignement de la gymnastique en France. In-8, 168 pages. 3 fr. 50

CORIVEAUD. **Hygiène de la Jeune fille**. 1882. 1 volume in-18 jésus de 242 pages. 3 fr.

CORNARO (L.). **Le régime de Pythagore**, d'après le Dr Cocchi; **De la sobriété**, conseils pour vivre longtemps, par L. Cornaro; **Le vrai moyen de vivre plus de cent ans dans une parfaite santé**, par L. Lessius. 1880. 1 vol. in-18 jésus avec 5 planches. 3 fr.

DALTON. **Physiologie et hygiène des écoles, des collèges et des familles**, traduit par le docteur E. Acosta. 1 volume in-18 jésus de 500 pages avec 66 figures. 4 fr.

DELPECH. **Salles d'asile et écoles primaires. Premiers symptômes des maladies contagieuses** qui peuvent atteindre les jeunes enfants. Instruction demandée par M. le Préfet de la Seine au Conseil d'hygiène et de salubrité. 1880, in-18 jésus. 25 c.

DESPRÈS (A.). **La prostitution en France**. Études morales et démographiques, avec une statistique générale de la prostitution en France, par A. Desprès, chirurgien de l'hôpital de la Charité. 1882, 1 volume gr. in-8 de XII-208 pages avec 2 planches lithographiées. 6 fr.

École de Salerne (l'), traduction en vers français, par Ch. Meaux Saint-Marc, avec le texte latin, précédée d'une introduction par le Dr Daremberg, et suivie de commentaires. 1880. 1 volume in-18 de 600 pages avec 7 figures. 7 fr.

GAUTIER (A.). **Le cuivre et le plomb** dans l'alimentation et l'industrie, au point de vue de l'hygiène. 1883. 1 volume in-18 jésus de 310 pages. 3 fr. 50

GAUTIER (J.). **Du massage** ou Manipulation appliquée à la thérapeutique et à l'hygiène. 1880, in-18. 1 fr.

GODET. **Les Japonais chez eux**, étude d'hygiène. 1881, in-8. 2 fr. 50

LE BLOND. **Manuel de gymnastique hygiénique et médicale**, comprenant les exercices du corps et leurs applications au développement des forces, à la conservation de la santé et au traitement des maladies, avec une introduction par le Dr H. Bouvier. 1 volume in-18 jésus, avec 80 figures. 5 fr.

LÉVY (Michel). **Traité d'hygiène publique et privée**. *Sixième édition*, 2 vol. gr. in-8, ensemble 1900 pages avec figures. 20 fr.

LOMBARD. **Traité de climatologie médicale**, comprenant la météorologie et l'étude des influences du climat sur la santé, par le Dr H.-C. Lombard, de Genève. 4 volumes in-8. 40 fr.

— **Atlas de la distribution géographique des principales maladies** dans ses rapports avec les climats. 1880, 25 cartes in-4 imprimées en couleurs avec texte explicatif, cartonné. 12 fr.

Cet atlas est le complément nécessaire du *Traité de climatologie médicale*.

MARTIN (F.). **Les cimetières et la crémation**, étude historique et critique. 1881, in-8, 182 pages. 5 fr.

MAURIAC (E.). **Rapport général sur les travaux de la Commission des logements insalubres**. 1882, gr. in-8, 153 pages. 3 fr.

OVERBECK DE MEIJER. **Les systèmes d'évacuation des eaux et immondices d'une ville**, Revue critique. 1883, in-8. 3 fr. 50

PERRUSSEL. **Cours élémentaire d'hygiène**. 1873. 1 vol. in-18, cart. 1 fr. 25

RÉVEILLÉ-PARISE. **Physiologie et hygiène** des hommes livrés aux travaux de l'esprit, édition entièrement refondue et mise au courant des progrès de la science par le Dr Ed. Carrière, lauréat de l'Institut. 1881. 1 volume in-18 jésus de 435 pages. 4 fr.

RIANT. **Hygiène du cabinet de travail**. 1883. 1 volume in-18 jésus. 2 fr. 50

SIMON (P. Max). **Hygiène de l'esprit**. *Deuxième édition*. 1881. 1 volume in-18 jésus. 2 fr.

YVAREN. **Entretiens d'un vieux médecin** sur l'hygiène et la morale, par le Dr P. Yvaren. 1882. 1 volume in-18 jésus de 671 pages. 5 fr.

DAREMBERG. **Comparaison des climats d'hiver** sur les côtes africaine et française de la Méditerranée. Paris, 1878, gr. in-8. 1 fr. 50

DECAISNE (E.). **Des eaux de puits** en général et de celles de la ville de Beauvais en particulier. Paris, 1874, in-8, 19 pages. 1 fr.

DECROIX (E.). **Les dangers du tabac.** *Deuxième édition*, 1868, in-12.

DEPAUTAINE (L.). **Des grandes épidémies** et de leur prophylaxie internationale. Paris, 1868, in-8 de 69 pages. 1 fr.

DEPIERRIS (H.-A.). **Le tabac**, qui contient le plus violent des poisons, la nicotine, abrège-t-il l'existence? Est-il la cause de la dégénérescence physique et morale des sociétés modernes? Paris, 1876, in-8 de 512 pages. 6 fr.

— **La vérité sur le tabac**, le plus violent des poisons. 1880, in-8, 40 p. 50 c.

DESAYVRE. **Études sur les maladies des ouvriers** de la manufacture d'armes de Châtellerault. 1856, in-8 de 116 pages. 2 fr. 50

DEVERGIE (A.). **Nouveau mode d'inhumation** dans les cimetières. 1874, in-8. 1 fr.

DONNÉ (Al.). **Conseils aux mères** sur la manière d'élever les enfants nouveau-nés. *Sixième édition.* Paris, 1880, 1 vol. in-18 jésus, 378 pages. 3 fr.

— **Hygiène des gens du monde.** *Deuxième édition.* Paris, 1879, 1 vol. in-18 jésus de 448 pages. 3 fr. 50

Table des matières. — Hygiène des âges; hygiène des saisons; exercices et voyages de santé; eaux minérales; bains de mer; hydrothérapie; la fièvre; hygiène de la peau; hygiène des poumons; hygiène des dents; hygiène de l'estomac; hygiène des fumeurs; hygiène des oreilles; hygiène des yeux; hygiène des femmes nerveuses; la toilette et la mode.

DU MESNIL. **L'exposition et le congrès d'hygiène** et de sauvetage de Bruxelles en 1876. Paris, 1877, in-8, 94 pages, avec 11 fig. 2 fr. 50

— **L'hygiène à l'exposition universelle de Paris en 1867.** Revue critique. Paris, 1867, in-8, 52 pages avec 26 pl.

— **L'industrie des nourrices** et la mortalité des nourrissons. Paris, 1867, in-8, 88 pages.

DURAND-CLAYE (A.). **Assainissement de la Seine.** Paris, 1875, in-8, 51 p. 2 fr.

FABRE (S.-P.). **De l'élévation de la température dans les houillères** et des phénomènes qui s'y rattachent au point de vue hygiénique. 1878, in-8. 75 c.

FARINA. **Le climat de Menton**, son influence sur le traitement de la phthisie pulmonaire. Paris, 1879, in-18 de 128 pages avec 1 carte coloriée. 2 fr.

FEUCHTERSLEBEN (E. de). **Hygiène de l'âme.** *Troisième édition.* Paris, 1870, in-12 de 284 pages. 2 fr. 50

FITZ-PATRICK. **Traité des avantages de l'équitation** considérée dans ses rapports avec la médecine. Paris, 1838, in-8. 2 fr. 50

FOISSAC (P.). **La longévité humaine** ou l'art de conserver la santé et de prolonger la vie. Paris, 1873, 1 vol. gr. in-8 de 567 pages. 7 fr. 50

— **De l'influence des climats sur l'homme** et des agents physiques sur le moral. Paris, 1867, 2 vol. in-8 de chacun 650 pages. 15 fr.

— **La chance ou la destinée.** Paris, 1876, 1 vol. in-8 de 662 pages. 7 fr. 50

— **Hygiène philosophique de l'âme.** *Deuxième édition.* Paris, 1863, 1 vol. in-8, 371 pages. 7 fr. 50

FONSSAGRIVES (J.-B.). **Hygiène et assainissement des villes :** Campagnes et villes; conditions originelles des villes; rues; quartiers; plantations; promenades; éclairage; cimetières; égouts; eaux publiques; atmosphère; population; salubrité; mortalité; institutions actuelles d'hygiène municipale; indications pour l'étude de l'hygiène des villes. Paris, 1874, 1 vol. in-8 de 568 pages. 8 fr.

— **Hygiène alimentaire** des malades, des convalescents et des valétudinaires; ou du régime envisagé comme moyen thérapeutique. *Troisième édition.* Paris, 1881, 1 vol. in-8 de 700 pages. 9 fr.

— **Traité d'hygiène navale.** *Deuxième édition*, complètement remaniée et mise soigneusement au courant des progrès de l'art nautique et de l'hygiène générale. Paris, 1877, 1 vol. gr. in-8 de 935 pages, avec 145 fig. 15 fr.

— **Thérapeutique de la phthisie pulmonaire** basée sur les indications. *Deuxième édition.* Paris, 1880, 1 vol. in-8, 552 pages. 9 fr.

FOURNIER (H.). **De l'onanisme**, causes, dangers et inconvénients pour les individus, la famille et la société; remèdes. Paris, 1883, 1 vol. in-18 jésus. 2 fr.

FOVILLE (Ach.). **Les aliénés.** Étude pratique sur la législation et l'assistance qui leur sont applicables. Paris, 1870, 1 vol. in-8 de XIV-208 pages. 3 fr.

FRÉDAULT (F.). **De l'alimentation.** Paris, 1865, gr. in-8, 102 pages. 2 fr.

FRÉGIER. **Des classes dangereuses de la population dans les grandes villes** et des moyens de les rendre meilleures. Paris, 1840, 2 vol. in-8. 14 fr.

GALOPEAU. **Manuel du pédicure**, ou l'art de soigner les pieds, par GALOPEAU. Paris, 1877, 1 vol. in-18, 132 pages, avec 28 fig. 2 fr.

GAUTIER (A.). **La sophistication des vins.** Coloration artificielle et mouillage; moyens pratiques de reconnaître la fraude. Paris, 1877, 1 vol. in-18 jésus. 2 fr. 50

GÉRARDIN (A.). **Altération, corruption et assainissement des rivières.** Paris, 1875, in-8 de 70 pages. 2 fr. 50

GIGOT-SUART (L.). **Des climats** sous le rapport hygiénique et médical. Guide pratique dans les régions du globe les plus propices à la guérison des maladies chroniques. Paris, 1862, in-18 jésus, XXI-607 pages, avec 1 pl. lith. 5 fr.

GROS (C.-H.). **Mémoires d'un estomac,** écrits par lui-même pour le bénéfice de tous ceux qui mangent et qui lisent, et édités par un ministre de l'intérieur. *Troisième édition.* Paris, 1876, 1 vol. in-18 jésus de 186 pages. 2 fr.

GUÉRARD (A.). **Mémoire sur la gélatine** et les tissus organiques d'origine animale qui peuvent servir à la préparer. 1871, in-8 de 118 pages. 2 fr. 50

— **Appareils respiratoires** de M. GALIBERT. Paris, 1865, in-8, 31 pages avec figures. 1 fr.

GUINIER. **Ébauche d'un plan de météorologie médicale.** 1857, in-8. 2 fr. 50

GUYOT (L.). **Hygiène et protection des enfants** du premier âge. 1878, in-8, 60 pages. 1 fr. 50

HÉRAUD. **Les secrets de la science, de l'industrie et de l'économie domestique.** Recettes, formules et procédés d'une utilité générale et d'une application journalière. Paris, 1879, 1 vol. in-18 jésus, X-654 pages, avec 205 fig. cart. 6 fr.

HUETTE. **Les eaux** dans l'arrondissement de Montargis. Étude d'hygiène publique et de géographie médicale. Paris, 1871, in-8 de III-81 pages. 2 fr.

HUFELAND (W.). **L'art de prolonger** la vie, ou la macrobiotique. Nouvelle édition française, augmentée de notes, par J. Pellagot. Paris, 1871, 1 vol. in-18 jés. 4 fr.

JEANNEL (J.). **De la prostitution dans les grandes villes** au dix-neuvième siècle et de l'extinction des maladies vénériennes; questions générales d'hygiène, de moralité publique et de légalité, mesures prophylactiques internationales, réformes à opérer dans le service sanitaire, discussion des règlements exécutés dans les principales villes de l'Europe; ouvrage précédé de documents relatifs à la prostitution dans l'antiquité. *Deuxième édition,* complétée par des documents nouveaux. Paris, 1874, 1 vol. in-18 de 647 pages. 5 fr.

JOLLY (P.). **Le tabac et l'absinthe,** leur influence sur la santé publique, sur l'ordre moral et social. 1875, 1 vol. in-18 jésus de 216 pages. 2 fr.

— **Hygiène morale.** 1877, 1 vol. in-18 jésus de 276 pages. 2 fr.

Table des matières. — L'Homme. — La Vie. — L'Instinct. — La Curiosité. — L'Imitation. — L'Habitude. — La Mémoire. — L'Imagination. — La Volonté.

JOLY (V.-Ch.). **Traité pratique du chauffage,** de la ventilation et de la distribution des eaux dans les habitations particulières. *Deuxième édition.* Paris, 1874, 1 vol. in-8 de 410 pages avec 375 fig. 10 fr

LAGNEAU (G.). **Quelques remarques ethnologiques** sur la répartition géographique de certaines infirmités en France. Paris, 1869, in-4, 24 p. 3 fr. 50

LAILLER. **Hygiène alimentaire.** Étude sur le cidre. Paris, 1876, in-8, 83 p. 2 fr.

LASGOUTTE. **Examen, au point de vue de l'hygiène, des procédés de vidange en usage à Paris.** Paris, 1880, in-8. 2 fr.

LAYET. **Hygiène des professions et des industries,** précédé d'une Étude générale des moyens de prévenir et de combattre les effets nuisibles de tout travail professionnel. 1875, 1 vol. in-18 jésus, XIV-560 pages. 5 fr.

LECOQ (H.). **Éléments de géographie physique et de météorologie.** Paris, 1836, 1 vol. in-8, avec 4 pl. grav. (9 fr.). 3 fr.

LEE (Edwin). **Nice et son climat.** Paris, 1867, in-18 jésus. 2 fr. 50

LEVIEUX. **Études de médecine et d'hygiène publique.** Paris, 1874, 1 vol. gr. in-8 de 560 pages. 7 fr.

LEYNSEELE (Ch. Van). **Hygiène de la femme.** 1860-1861, 2 vol. in-12. 6 fr.

LOIR. **De l'état civil des nouveau-nés** au point de vue de l'histoire, de l'hygiène et de la loi, présentation de l'enfant, son déplacement. Paris, 1855, in-8, XVI-462 pages avec 1 planche. 6 fr.

LOMBARD. **Les stations sanitaires au bord de la mer et dans les montagnes,** les stations hivernales. Choix d'un climat pour prévenir et guérir les maladies. Paris, 1880, gr. in-8, 92 pages. 2 fr.

LONDE. **Lettre sur la mort apparente** et les conséquences réelles des inhumations précipitées. Paris, 1854, in-8 de 31 pages. 1 fr.

LUCAS (P.-R.). **Traité philosophique et physiologique de l'hérédité** naturelle dans les états de santé et de maladie du système nerveux, avec l'application méthodique des lois de la procréation au traitement général des affections dont elle est le principe. Paris, 1847-1850, 2 vol. in-8. 16 fr.

MAGNE (A.). **Hygiène de la vue.** *Quatrième édition,* revue et augmentée. Paris, 1866, 1 vol. in-12 de 320 pages, avec 30 figures. 3 fr.

MAHE. **Manuel pratique d'hygiène navale**, ou des moyens de conserver la santé des gens de mer, à l'usage des officiers et des marins des équipages de la flotte. Paris, 1874, 1 vol. in-8 de 450 pages, cartonné. 3 fr. 50

MANDL. **Hygiène de la voix parlée ou chantée**, suivi du formulaire pour le traitement des affections de la voix. Paris, 1879, 1 vol. in-18 jésus de 320 pages, avec figures. Cartonné. 4 fr. 50

MARIT (J.-J.). **Hygiène de l'Algérie.** Exposé des moyens de conserver la santé et de se préserver des maladies dans les pays chauds, et spécialement en Algérie. Paris, 1862, 1 vol. in-8, 452 pages. 5 fr.

MARTEL (Joannis). **De la mort apparente** chez les nouveau-nés. Paris, 1874, in-8, 77 pages. 2 fr.

MARVAUD (Angel). **L'alcool**, son action physiologique, son utilité et ses applications en hygiène et en thérapeutique. Paris, 1872, gr. in-8, 160 p. avec 25 pl. 4 fr.

— **Les aliments d'épargne**, alcool et boissons aromatiques (café, thé, maté, cacao, coca), effets physiologiques, applications à l'hygiène et à la thérapeutique, étude précédée de considérations sur l'alimentation et le régime. *Deuxième édition.* Paris, 1874, 1 vol. in-8 de 520 pages, avec pl. 6 fr.

MAYER (Alex.). **Des rapports conjugaux**, considérés sous le triple point de vue de la population, de la santé et de la morale publique. *Huitième édition.* Paris, 1884, 1 vol. in-18 de 422 pages. 3 fr.

— **Conseils aux femmes sur l'âge de retour**, médecine et hygiène. Paris 1875, 1 vol. in-8 de 256 pages. 3 fr.

MÉLIER. **De la santé des ouvriers employés dans les manufactures de tabac.** Paris, 1846, in-4 de 45 pages. 2 fr.

— **Rapport sur les marais salants.** Paris, 1847, 1 vol. in-4 avec 4 pl. 5 fr.

MENVILLE. **Histoire philosophique et médicale de la femme**, considérée dans toutes les époques principales de la vie, avec ses diverses fonctions, avec les changements qui surviennent dans son physique et son moral, avec l'hygiène applicable à son sexe, et toutes les maladies qui peuvent l'atteindre aux différents âges. *Seconde édition.* Paris, 1858, 3 vol. in-8 de 600 pages. (24 fr.) 10 fr.

MONOT (C.). **De l'industrie des nourrices** et de la mortalité des petits enfants. Paris, 1867, in-8 de 160 pages. 3 fr.

— **De la mortalité excessive des enfants** pendant la première année de leur existence, ses causes, et des moyens de la restreindre. Paris, 1872, in-8, 62 p. 1 fr. 50

MONDOT (Louis). **De la stérilité de la femme.** Paris, 1880, 1 vol. in-18, vu-400 pages. 5 fr.

MORACHE. **Traité d'hygiène militaire**, par G. MORACHE, médecin-major de première classe, professeur agrégé à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires (Val-de-Grâce). Paris, 1874, in-8 de 1050 p., avec 175 fig. 16 fr.

MOTARD. **Traité d'hygiène générale.** Paris, 1868, 2 vol. in-8, avec fig. 16 fr.

NIVET. **Traité du goître**, appuyé sur des documents statistiques inédits. Paris, 1880, 1 vol. gr. in-8 de 297 pages, avec une carte de la distribution des goîtres dans le département du Puy-de-Dôme. 6 fr.

OVERBEEK DE MEYER (Van). **Les systèmes d'évacuation des eaux et immondices d'une ville**, réfutation des observations et documents produits par M. A. DURAND CLAYE. Paris, 1880-1883, 2 parties in-8. 6 fr.

PAMARD. **La mortalité dans ses rapports avec les phénomènes météorologiques** dans l'arrondissement d'Avignon, 1873-1877. Paris, 1880, gr. in-8 de 52 pages et 2 tabl. 4 fr.

PARENT-DUCHATELET. **De la prostitution dans la ville de Paris**, considérée sous les rapports de l'hygiène publique, de la morale et de l'administration. *Troisième édition.* Paris, 1857, 2 vol. in-8, avec cartes et tabl. 18 fr.

PEIN. **Essai sur l'hygiène des champs de bataille.** Paris, 1873, in-8 80 p. 2 fr.

PELLARIN (A.). **Hygiène des pays chauds.** Contagion du choléra démontrée par l'épidémie de la Guadeloupe. Paris, 1872, in-8, 358 pages. 6 fr.

PIESSE (S.). **Des odeurs des parfums et des cosmétiques**; histoire naturelle, composition chimique, préparation, recettes, industrie, effets physiologiques et hygiène des poudres, vinaigres, dentifrices, pommades, fards, savons, eaux aromatiques, essences, infusions, teintures, alcoolats, sachets, etc. *Seconde édition.* Paris, 1877, in-18 jésus XXXVI-580 p., avec 92 fig. 7 fr.

PIORRY. **Plan d'un cours théorique et pratique d'hygiène.** In-8, 48 p. 1 fr. 50

PRUS (R.). **Rapport sur la peste et les quarantaines.** 1846, in-8 (10 fr.). 2 fr. 50

QUÉTELET (Ad.). **Météorologie de la Belgique** comparée à celle du globe. 1867, 1 v. in-8 de 505 pages. 10 fr.

Rapports sur les épidémies qui ont régné en France pendant les années 1863, 1864, 1865, 1866 et 1867. Présentés à l'Académie de médecine et rédigés au nom d'une commission par MM. DE KERGARADEC, BERGERON et BRIQUET. Paris, 1867-69, 1 vol. in-4 de 580 pages. 10 fr.

RENOIR (E.-V.). **Les eaux potables,** causes des maladies épidémiques. Paris 1878, gr. in-8. 4 fr.

REVEILLÉ-PARISE. **Traité de la vieillesse,** hygiénique, médical et philosophique. Paris, 1853, 1 vol. in-8 de 500 pages.

— **Études de l'homme dans l'état de santé et dans l'état de maladie.** Paris, 1845, 2 vol. in-8. 15 fr.

— **Existence et cause organique du tempérament mélancolique.** In-8. 1 fr. 25

— **Guide pratique des goutteux** et des rhumatisants. Paris, 1878, 1 vol. in-18 jésus. 3 fr. 50

RIANT. **Matériel de secours** de la Société française de secours aux blessés des armées de terre et de mer à l'Exposition de 1878. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 185 pages, avec 101 figures. 4 fr.

RIBES. **Traité d'hygiène thérapeutique,** ou Application des moyens de l'hygiène au traitement des maladies. Paris, 1860, 1 fort vol. in-8 10 fr.

RIDER (C.). **Étude médicale sur l'équitation.** Paris, 1870, in-8. 1 fr. 50

ROCHARD (J.). **Étude synthétique sur les maladies endémiques.** Paris, 1871, in-8 de 88 pages. 2 fr.

— **De l'influence de la navigation et des pays chauds** sur la marche de la phthisie pulmonaire. Paris, 1846, in-4, 194 pages. 4 fr.

ROUBAUD (F.). **Traité de l'impuissance et de la stérilité** chez l'homme et chez la femme, comprenant l'exposition des moyens recommandés pour y remédier. *Troisième édition,* mise au courant des progrès les plus récents de la science. Paris, 1876, 1 vol. in-8, 804 pages. 8 fr.

ROUSSEL (Théophile) **Traité de la pellagre et des pseudo-pellagres.** Ouvrage couronné par l'Institut. Paris, 1866, 1 vol. in-8, XVI-656 pages. 10 fr.

ROYER-COLLARD (H.). **Des tempéraments** considérés dans leurs rapports avec la santé. Paris, 1843, in-4, 34 pages. 1 fr. 50

— **Organoplastie hygienique,** ou Essai d'hygiène comparée. 1843, in-4. 1 fr.

SAUREL (L. J.). **Essai sur la climatologie** de Montevideo et de la république orientale de l'Uruguay. Montpellier, 1851, in-8 de 164 pages. 2 fr. 50

SCHATZ. **Étude sur les hôpitaux sous tentes.** Paris, 1871, in-8 de 70 pages avec figures. 2 fr. 50

SEGOND (L.-A.). **De l'action comparative du régime animal et du régime végétal** sur la constitution physique et sur le moral de l'homme. Paris, 1850, in-4 de 72 pages. 2 fr. 50

SÉGUIN (Ed.). **Traitement moral hygiène et éducation des idiots** et des autres enfants arriérés. Paris, 1846, 1 vol. in-12 de 750 pages. 6 fr.

SIMON (Max). **Étude pratique retrospective et comparée sur le traitement des épidémies** au dix-huitième siècle. Paris, 1853, in-8 de 332 pag., avec portrait. 5 fr.

SIRY (A.). **Le premier âge** : de l'éducation physique, morale et intellectuelle de l'enfant. Paris, 1873, in-18 jésus de 107 pages.

TARDIEU. **Études hygiéniques sur la profession de mouleur en cuivre.** Paris, 1855, in-12. 1 fr. 25

TERMÉ et MONFALCON. **Histoire des enfants trouvés.** 1840. 1 vol. in-8 (9 fr.) 3 fr.

THANNBERGER. **Guide des administrateurs et agents des hôpitaux et des hospices,** ou Recueil analytique et méthodique des lois, décrets, ordonances instructions, etc., concernant l'organisation matérielle, administrative et financière des hôpitaux et hospices. Paris, 1855, in-8. 3 fr.

TOLLET. **Les logements cellectifs** : casernes. Paris, 1880, in-fol. 25 pages et 9 planches dans un carton. 16 fr.

TRIAIRE. **Conférences populaires sur l'hygiène morale et physique** des classes ouvrières. Tours, 1876, in-18 jésus, 140 pages. 2 fr.

TURREL (L.). **Les résidences d'hiver.** Toulon, 1864, in-18 jésus, 108 pag. 1 fr.

VERNOIS. **Traité pratique d'hygiène industrielle et administrative,** comprenant l'étude des établissements insalubres, dangereux et incommodes. Paris, 1860, 2 forts volumes in-8 de chacun 700 pages. 16 fr.

VITREY. **La vie, les passions et la mort,** avec des conseils pour prolonger ses jours. Paris, 1873, 1 vol. in-18 de 351 pages. 3 fr. 50

WIEL. **De l'alimentation des dyspeptiques.** 1879, 1 vol. in-18. 4 fr. 50

ANNALES

L'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE

Par MM. ARNOULD, E. BERTIN, BOUTMY, P. BROUARDEL, L. COLIN, O. DU MESNIL, FONSSAGRIVES, FOVILLE, GALLARD, GAUCHET, A. GAUTIER, HUDELO, JAUMES, LACASSAGNE, LAGNEAU, LHOTE, LUTAUD, MORACHE, MOTET, POINCARÉ, RIANT, RITTER, et TOURDES.

AVEC UNE REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Directeur de la rédaction : le docteur P. BROUARDEL

Les *Annales d'hygiène* paraissent par cahier mensuel de 6 feuilles in-8 (96 pages), avec figures.

Chaque numéro comprend : 1° des Mémoires originaux d'hygiène publique et de médecine légale; 2° les travaux de la Société de médecine publique et les travaux de la Société de médecine légale; 3° des Variétés; 4° une Revue des travaux français et étrangers; 5° une Chronique; 6° un Bulletin météorologique.

Prix de l'abonnement annuel : pour Paris. 22 fr.; — pour les Départements. 24 fr.; — pour l'Union postale, 1re série. 25 fr.; — 2e série. 27 fr.; — pour les autres pays. 30 fr.

Hygiène publique ou privée, industrielle et administrative, militaire et navale, morale et sociale, vétérinaire et comparée, hygiène des villes et des campagnes, des professions et des âges, le cadre des *Annales* embrasse l'université de ces grandes questions qui intéressent à la fois les médecins, les administrateurs, les ingénieurs, les architectes, les chimistes, les membres des conseils d'hygiène publique et de salubrité, les municipalités, et qui ne peuvent être complètement élucidées que par leur concours réuni.

1re *série*. Collection complète (1828 à 1853). 50 vol. in-8, fig. et pl. 500 fr.
Tables alphabétiques par ordre des matières et des noms d'auteurs de la 1re série. Paris, 1855, in-8, 136 pages à 2 colonnes. 3 fr. 50
2e *série*. Collection complète (1854 à 1878), comprend *in extenso* les travaux de la *Société de médecine publique* et de la *Société de médecine légale*, avec figures et planches. 470 fr.
Tables alphabétiques par ordre des matières et des noms d'auteurs de la 2e série. Paris, 1880. 1 vol. in-8 de 130 pages à 2 colonnes. 3 fr. 50
3e *série*. Années 1879 à 1883. 10 vol. in-8. 110 fr.

RECUEIL DES TRAVAUX

OU COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE

et des Actes officiels de l'administration sanitaire.

PUBLIÉ PAR ORDRE DE M. LE MINISTRE DE L'AGRICULTURE ET DU COMMERCE

Tomes I-XII (1872-1883). Ensemble 13 vol. in-8 de 400 à 500 pages. 103 fr.

Chaque volume se vend séparément 8 fr., sauf le tome II, 2e partie, consacré à un rapport du Dr Baillarger sur le goitre et le crétinisme (1 vol. in-8 de 376 pages, avec 3 cartes), qui ne se vend pas séparément de la collection.

Cette importante collection comprend les travaux de MM. BAILLARGER, BERGERON, BOULEY (H.), BUSSY (A.), DAVENNE, DURAND-FARDEL, FAUVEL, GAVARRET (A.), GUIFART, ISABELLE, LATOUR, LEGOUEST, LÉVY (M.), LHÉRITIER, MULTZER, NIVET, PROUST, RABOT, ROCHARD (J.), ROLLET, ROUX (J.), SICQUET, TARDIEU (A.), TRÉLAT (Émile), VILLE (G.), VILLERMÉ, WURTZ, etc.

Ce *Recueil* a le caractère d'archives dans lesquelles on peut suivre la marche et les progrès de l'hygiène publique et administrative; il contient des rapports et des mémoires sur toutes les questions afférentes aux sujets suivants : 1° services sanitaires extérieurs; 2° conseils d'hygiène et de salubrité des départements; 3° épidémies et endémies, et maladies contagieuses; 4° salubrité, police sanitaire; 5° hygiène industrielle et professionnelle; 6° denrées alimentaires et boissons; 7° exercice de la médecine et de la pharmacie; 8° eaux minérales; 9° art vétérinaire, épizooties.

ENVOI FRANCO CONTRE UN MANDAT SUR LA POSTE.

Corbeil. — J. CRÉTÉ.

logie expérimentale et comparée. 1870, 1 vol. gr. in-8, VIII-468 pages..... 8 fr.
GINTRAC (H.). **De la pellagre** dans la Gironde. 1863, in-8, 43 pages. 1 fr. 50
GROS (Léon). **Du prurit général de la grossesse.** 1869, in-8, 16 p. 75 c.
HUGUIER. **Mémoire sur l'esthiomène de la vulve** ou dartre rongeante de la région vulvo-anale. 1849, in-4, avec 4 pl..... 5 fr.
HUTIN (F.). **Anatomie des cicatrices.** 1855, in-4..... 4 fr.
JOHANNET. **Épidémie de petite vérole.** 1869, in-8, 48 pages..... 1 fr. 25
LACASSAGNE (A.). **Les tatouages,** étude anthropologique et médico-légale. 1881, in-8, 115 pages avec planches..... 5 fr.
LALAGADE (P. D.). **Études théoriques et expérimentales sur le virus vaccin** d'enfant et de revacciné. 1858, in-8, 40 pages..... 1 fr.
— **Études théoriques et expérimentales sur l'action de la vaccine** chez l'homme. 1861, in-8, 75 pages..... 1 fr. 50
— **La vaccine et la petite vérole** dans le département du Tarn. 1872, gr. in-8, 63 p..... 1 fr. 50
LANDOUZY. **De la pellagre sporadique.** 1860, gr. in-8, 170 p..... 3 fr. 50
LANQUETIN (E.). **Notice sur la gale et sur l'animalcule qui la produit.** 1859, gr. in-8, 96 p., 4pl..... 2 fr. 50
LEBATARD (A.). **Des loupes** et de leur cure radicale. 1852, in-8, 15 p.... 50 c.
LEBERT. **Traité pratique des maladies cancéreuses** et des affections curables confondues avec le cancer. 1851, 1 vol. in-8, 802 p..... 9 fr.
Lèpre (la) **est contagieuse,** par un missionnaire attaché aux léproseries. 1879, 1 vol. in-8 288 pages avec 1 carte coloriée..... 5 fr.
LE ROY DE MÉRICOUT. **Mémoire sur la chromohidrose** ou chromocrinie cutanée. 1864, in-8, 179 p..... 3 fr.
LESSERTEUR (E.-C.). **Le Hoang-Nan,** remède tonquinois contre la rage, la lèpre et autres maladies. 1879, in-8, VIII 92 pages..... 2 fr. 50
LEUDET. **Recherches pour servir à l'histoire de la pellagre** sporadique et de la pseudo-pellagre des alcoolisés. 1867, gr. in-8, 30 p..... 1 fr. 25
LÉVY (M.). **Rapport sur le traitement de la gale.** 1852, in-8... 1 fr. 25
LOTZ. **Variole et vaccine.** 1880, in-8, 132 p. avec 6 pl..... 3 fr.
MARCHAL (de Calvi). **De la prosopalgie traumatique.** 1844, in-8, 31 p. 1 fr. 25
MARTINEAU (L.). **De la maladie d'Addison.** 1864, gr. in-8, 130 p., avec 3 planches col..... 5 fr.
MAYGRIER (A.). **Essai d'une bibliographie sommaire et raisonnée de la vaccine.** 1865, in-8 de 28 p..... 1 fr.
MONOD. **Etude sur l'angiome** simple sous-cutané, circonscrit (nævus vasculaire sous-cutané, angiome lipomateux, angiome lobulé). 1873, in-8, 87 pages avec 2 planches..... 2 fr. 50
MOURONVAL (J.-F.-J.). **Recherches et observations sur le prurigo.** *Deuxième édition.* 1836, in-8, 99 p. (2 fr. 50)..... 50 c.
MUSELIER. **Étude sur la valeur séméiologique de l'écthyma.** 1876, in-8, 125 p..... 2 fr. 50
PEILLON (A.). **Du cancroïde des lèvres** et de son traitement. 1880, in-8, 94 pages avec figures..... 2 fr.
PIESSE. **Des odeurs, des parfums et des cosmétiques,** histoire naturelle, composition chimique, préparation, recettes, industrie, effets physiologiques et hygiène. 2 *édit.*, 1877, 1 vol. in-18 jésus, XXXVI-580 pages, avec 92 figures. 7 fr.
RAPHAEL (Léon). **Traité pratique de la pustule maligne.** 1872, in-18 215 p. 3 fr.
RAYER. **Traité théorique et pratique des maladies de la peau.** *Deuxième édition.* 1835, 3 vol. in-8, avec atlas de 26 pl. in-4 col. Cartonné. 88 fr.
— Texte seul, 3 vol. in-8..... 23 fr.
— Atlas seul, avec explication raisonnée, gr. in-4, cartonné..... 70 fr.
REVEIL. **Des cosmétiques** au point de vue de l'hygiène. 1862. in-8... 1 fr. 50
RHAZÈS. **Traité de la variole** et de la rougeole. 1866, in-8, 59 p..... 2 fr.
ROSENBAUM (J.). **Histoire et critique des doctrines des maladies de la peau,** traduit de l'allemand par Ch. Daremberg. 1844, gr in-8, 44 pag... 2 fr.
ROUSSEL. **Traité de la pellagre et des pseudo-pellagres,** par le docteur Théophile Roussel, membre de l'Académie de médecine. Ouvrage couronné par l'Académie des sciences. 1866, 1 vol. in-8, XVI-666..... 10 fr.
SEDILLOT. **Sur les revaccinations.** 1840, in-4. 108 pag., 4 pl..... 2 fr. 50
SERRE (d'Alais). **Nouveau traitement spécial et abortif de l'inflammation de la peau.** 1834, in-8..... 2 fr. 50
VERNOIS (Max). **De l'extinction de la pellagre** au point de vue de l'hygiène internationale. 1866, in-8, 26 pages..... 1 fr.
WARLOMONT. **La vaccine et la vaccination obligatoires.** 1881, in-8, 92 p..... 3 fr.
— **Traité de la vaccine.** 1883, 1 vol. in-8.....

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES

Par Sir Henry THOMPSON

Professeur de clinique chirurgicale et Chirurgien à « University College Hospital ».

2e *édition*, revue et complétée avec le concours de l'auteur,

par V. CAMPENON et LE JUGE DE SEGRAIS,

précédé des

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES DES VOIES URINAIRES

Traduction de MM. HUDE et E. GIGNOUX, complétée d'après la 5e édition anglaise

Par le docteur E. LE JUGE DE SEGRAIS

1 volume gr. in-8 de XXIII 1050 pages, avec 278 figures, cartonné. 20 fr.

Le *Traité pratique des voies urinaires* est divisé en trois parties : — 1° Rétrécissements de l'urèthre et fistules urinaires ; — 1° Maladies de la prostate ; — 3e Taille et lithotritie. — De nombreuses additions ont été faites dans cette 2e édition. Le chapitre Taille et Lithotritie a été entièrement récrit par sir H. THOMPSON.

Le *Traité pratique des maladies des voies urinaires* est précédé des leçons cliniques professées par sir H. THOMPSON en 1878-1879 : ces leçons paraissent pour la première fois en entier sur le continent et forment ici, comme dans la cinquième édition anglaise, 24 leçons au lieu de 17 que contenait notre première édition française.

Ce livre sera consulté avec fruit par tous les praticiens.

LEÇONS CLINIQUES

SUR

LES MALADIES DES VOIES URINAIRES

PROFESSÉES A L'HOPITAL NECKER

Par le docteur Félix GUYON

Professeur à la Faculté de médecine de Paris.

1 vol. in-8 de XX-1008 pages, avec 46 figures. 14 fr.

M. le professeur GUYON s'est, à dessein, écarté des particularités du sujet pour ne s'occuper que de ses généralités, qui sont d'une application journalière et nécessaire dans la pratique. Il est néanmoins resté fidèle à la clinique.

L'ouvrage est divisé en 4 parties. La première comprend l'étude des symptômes fonctionnels : les troubles de la miction, la rétention et l'incontinence d'urine en forment le sujet principal. La seconde partie est consacrée à l'étude des modifications imprimées aux urines par les maladies des voies urinaires. La troisième partie est consacrée à l'étude de l'empoisonnement urineux et des complications générales qui menacent et si souvent atteignent les malades affectés de maladies des voies urinaires. La quatrième partie comprend l'étude des moyens et des manœuvres mis à la disposition du chirurgien pour l'examen direct du malade.

BANCAL. **Manuel pratique de la lithotritie**. 1829, in-8 avec 5 pl..... 3 fr.

BARROIS. **Des enveloppes du testicule**. 1882, in-8, 61 pages, avec 3 pl. 2 fr. 50

BEALE (Lionel-S.). **De l'urine, des dépôts urinaires et des calculs** ; composition chimique, caractères physiologiques et pathologiques et indications thérapeutiques. 1865, 1 vol. in-18, 540 pages, avec 136 fig..... 7 fr.

BECKENSTEINER. **De l'impuissance** et de sa guérison par l'électricité statique. 1876, in-8, 32 pages..... 1 fr. 50

BELMAS. **Traité de la cystotomie sus-pubienne**. 1827, in-8, figures (6 fr.)..... 2 fr.

BOURGUET (E.). **De l'uréthrotomie externe par section collatérale et par excision des tissus pathologiques**, dans les cas de rétrécissements infranchissables. 1867, in-4, 85 pages, avec 1 pl..... 3 fr.

BRUNNER. **La médecine basée sur l'examen des urines.** 1858, in-8, 320 pages..... 5 fr.

CAZENAVE (J.-J.). **Histoire abrégée des sondes et des bougies uréthro-vésicales** employées jusqu'à ce jour. 1875, in-8, 51 pag., pl..... 2 fr.

— **Des sondes et des bougies** de gélatine. 1841, in-8, fig..... 2 fr.

— **Nouveau mode d'exploration de l'uréthre.** 1845, in-8..... 1 fr. 25

— **Observations de taille et de lithotritie.** 1850, in-8, 33 pag..... 75 c.

— **Histoire des trois lithotrities** et de trois tailles. 1856, in-8, 44 p... 1 fr.

CIVIALE. **Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires.** 1858-1860, 3 vol. in-8 avec figures..... 24 fr.

Cet ouvrage est ainsi divisé : tome I, *Maladies de l'urèthre ;* tome II, *Maladies du col de la vessie et de la prostate;* tome III, *Maladies du corps de la vessie.*

— **Traité pratique et historique de la lithotritie.** 1847, 1 vol. in-8, 620 pages, avec 7 planches..... 8 fr.

— **Résultats cliniques de la lithotritie.** 1865, in-8, 27 pages..... 1 fr.

— **Parallèles des divers moyens de traiter les calculeux.** 1836, 1 vol. in-8, 426 pages avec 3 planches..... 8 fr.

CONAN. **Essai de thérapeutique positive basée sur l'examen de l'urine** et des produits morbides. 1875, in-8, 198 pages, avec 1 planche..... 3 fr. 50

GALLOIS. **De l'oxalate de chaux dans les sédiments de l'urine,** dans la gravelle et les calculs. 1859, gr. in-8, 104 pages..... 2 fr. 50

GUIBAL. **Du spasme uréthral.** 1880, in-8, 104 pages..... 3 fr.

GUILLON (F.-G.). **Contribution à la chirurgie des voies urinaires.** 1879, 1 vol. in-8, 232 pag., avec figures..... 5 fr.

LALLEMAND (F.). **Des pertes séminales involontaires,** par F. LALLEMAND, professeur à la Faculté de Montpellier. 1836-42, 3 vol. in-8..... 25 fr.

LE DENTU (A.). **Des anomalies du testicule.** 1869, in-8, 168 p. fig... 3 fr. 50

LEROY-D'ÉTIOLLES (J.). **Exposé des divers procédés** employés jusqu'à ce jour pour guérir de la pierre. 1825, in-8, 232 pages, avec 5 planches..... 4 fr.

LEROY-D'ÉTIOLLES (R.). **Traité pratique de la gravelle** et des calculs urinaires. 1866, in-8, 551 pages, avec 120 fig..... 8 fr.

MALLEZ et TRIPIER. **De la guérison durable des rétrécissements de l'uréthre** par la galvanocaustique chimique. 1870, gr. in-8, 35 pag. avec fig. 2 fr.

MALTRAIT. **Contribution à l'étude des traumatismes de la vessie.** 1881, gr. in-8, 22 pages..... 3 fr. 50

MERCIER (A.). **Anatomie et physiologie de la vessie** au point de vue chirurgical. 1872, in-8, 83 pages..... 2 fr.

PERRÈVE. **Traité des rétrécissements organiques de l'uréthre.** 1847, 1 vol. in-8, 340 pages, avec 3 planches et 32 figures..... 2 fr. 50

PICARD (H.). **Traité des maladies de l'uréthre.** 1877, 1 vol. in-8, 600 pages, avec 165 fig..... 8 fr.

— **Traité des maladies de la vessie** et de l'affection calculeuse. 1879, 1 vol. in-8, 634 pages, avec 184 fig..... 8 fr.

— **Traité des maladies de la prostate.** 1877, 1 vol. in-8, 400 pag., avec 83 fig..... 8 fr.

RAYER. **Traité des maladies des reins** et des altérations de la sécrétion urinaire. 1839-1841, 3 forts vol. in-8..... 24 fr.

— **Atlas du traité des maladies des reins,** comprenant l'anatomie pathologique des reins, de la vessie, de la prostate, des uretères, de l'urèthre, etc. Ouvrage complet, 60 planches grand in-folio, contenant 300 figures col. avec un texte descriptif..... 192 fr.

ROUBAUD. **Traité de l'impuissance et de la stérilité** chez l'homme et chez la femme. 3e édition, 1876, 1 vol. in-8, 804 p..... 8 fr.

SÉGALAS. **Essai sur la gravelle et la pierre.** 1839, 1 vol. in-8, 644 pages, avec atlas de 8 pl. in-f°, col..... 15 fr.

— **De la lithotritie.** 1856, in-8, 103 pages..... 2 fr.

— **Lettre sur une uréthroplastie.** 1840, in-8, avec 3 pl..... 3 fr. 50

— **Taille et lithotritie.** Rapport et discussions à l'Académie de médecine. 1855, in-8, 194 pages..... 2 fr. 50

TEISSIER (L.-J.). **Du diabète phosphatique.** Recherches sur l'élimination des phosphates par les urines. 1877, in-8, 107 pages, avec un tableau..... 3 fr.

ULTZMANN. **Névroses des organes génito-urinaires de l'homme.** 1883, gr. in-8, 95 pages..... 2 fr. 50

PRATIQUE DE LA CHIRURGIE DES VOIES URINAIRES

Par le docteur DELEFOSSE

Professeur libre de pathologie des voies urinaires.

1 vol. in-18 jésus de 532 pages avec 133 figures..... 6 fr.

DELEFOSSE. **Procédés pratiques pour l'analyse des urines**, des dépôts et des calculs urinaux. 1877, 1 vol. in-18 jésus, avec 18 pl. comprenant 72 fig. 2 fr. 50

— **Leçons cliniques sur la contracture du col vésical**, faites à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris. 1879, in-8, 116 pages..... 3 fr. 50

— **Leçons cliniques sur l'uréthrotomie interne**, faites à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris. 1880, in-8, 111 pag., avec 10 fig..... 3 fr.

ANNALES DES MALADIES

DES

ORGANES GÉNITO-URINAIRES

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION DE MM.

F. GUYON	LANCEREAUX	C. MÉHU
Professeur à la Faculté Chirurgien de Necker Membre de l'Acad. de Médec.	Professeur agr. à la Faculté Médecin de la Pitié Membre de l'Acad. de Médec.	Docteur en médecine Pharmacien de la Charité Membre de l'Acad. de Méd.

AVEC LA COLLABORATION DE MM. LES DOCTEURS

BAZY, CAMPENON, DUBUC, HENRIET, LE DENTU,
A. MALHERBE, E. MARTIN, CH. MONOD, E. MONOD, J.-L. REVERDIN,
P. SEGOND, TAPRET, TERRILLON.

Rédacteur en chef : Dr E. DELEFOSSE

Les *Annales* paraissent le 1er de chaque mois par fascicule de 50 à 60 pages.

Prix de l'abonnement annuel : Paris et Départements.... 16 fr.
Union postale..... 18 fr.

Par suite des progrès toujours croissants de nos connaissances et de l'étendue toujours plus grande de nos recherches, il est devenu indispensable d'avoir un journal spécial pour chaque branche de l'art médical.

Les affections des voies urinaires n'avaient jusqu'ici aucun organe qui leur fût spécialement réservé, pas plus à l'étranger qu'en France. C'était une lacune regrettable et assurément non justifiée.

Les maladies des voies urinaires se rattachent, il est vrai, à la médecine et à la chirurgie générales par les liens les plus étroits. Mais elles n'en forment pas moins un groupe naturel et distinct.

Un recueil de ce genre était donc nécessaire pour recueillir les documents de toute nature relatifs à cette pathologie spéciale et les mettre à la disposition des travailleurs de tous les pays.

Chaque numéro comprend :

1° Des *mémoires originaux* sur la médecine et la chirurgie des organes génito-urinaires et sur l'urologie ; 2° Une *revue critique* sur les sujets à l'ordre du jour ; 3° Une *revue clinique* spécialement consacrée aux cas les plus usuels de la pratique ; 4° Une *revue* de la presse française, de la presse étrangère et des sociétés savantes ; 5° Des articles et un index *bibliographique*.

ENVOI FRANCO CONTRE UN MANDAT POSTAL.

7455-82. CORBEIL. — Typ. et stér. Crété.

GUERNSEY (H.-N.). **Traité d'obstétrique** et des maladies spéciales aux femmes et aux enfants, basé sur les principes et la pratique de l'homœopathie. 1880, 1 vol. in-8, 664 pages..... 8 fr.
HALMAGRAND. **Considérations médico-légales sur l'avortement.** 1844. in-8..... 1 fr. 25
HAUSSMANN. **Parasites des organes sexuels femelles.** 1875, in 8, 198 p., avec 3 pl..... 5 fr.
HUBERT (E.). **Des moyens de réduction du volume du crâne.** 1869, in-4, 197 pages avec pl..... 4 fr.
— **De la version par manœuvres externes,** du mécanisme des présentations naturelles et des présentations vicieuses du fœtus. 1880, in-8, 157 p. 3 fr. 50
HUGUIER (P.-G.). **De l'hystérométrie** et du cathétérisme utérin. De leurs applications au diagnostic et au traitement des maladies de l'utérus et de ses annexes, et de leur emploi en obstétrique. 1865, 1 vol. in-8, 372 pages, avec 4 pl... 6 fr.
— **Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus** dans les affections désignées sous les noms de descente, de précipitation de cet organe, et sur leur traitement par la résection ou l'amputation de la totalité du col. 1860, in-4, 230 pages, avec 13 pl..... 15 fr.
— **Mémoire sur les maladies des appareils sécréteurs des organes génitaux de la femme.** 1850, in-4, 320 pages, avec 5 pl..... 8 fr.
— **Mémoire sur l'esthiomène** ou dartre rongeante de la région vulvo-anale. 1849, in-4, 100 pages avec 4 pl. lithographiées..... 5 fr.
IMBERT-GOURBEYRE. **De l'albuminurie puerpérale.** 1856, in-4, 73 p. 2 fr. 50
— **Des paralysies puerpérales.** 1861, in-4, 80 pages..... 2 fr. 50
JOBERT (de Lamballe). **Traité des fistules vésico-utérines, vésico-utéro-vaginales, entéro-vaginales, recto-vaginales.** 1852, 1 vol. in-8, avec 10 figures..... 7 fr. 50
JOULIN. **Des causes de dystocie** appartenant au fœtus, 1863, in-8, 128 p. 3 fr.
— **De la version pelvienne,** de ses avantages et de ses inconvénients et de l'application du forceps dans les cas de rétrécissement. 1867, in-4, 90 p. 3 fr. 50
— **Mémoire sur l'emploi de la force en obstétrique.** 1867, in-8. 1 fr. 50
— **Recherches anatomiques sur la membrane lamineuse,** l'état du chorion et la circulation dans le placenta à terme. 1865, in-8, 20 pages..... 1 fr.
JOUSSET. **Essai sur les hémotocèles** intra-péritonéales. 1883, gr. in-8, 176 pages..... 3 fr.
KELLER. **Des grossesses extra-utérines** et plus spécialement de leur traitement par la gastrotomie. 1872, in-8, 94 pages..... 2 fr.
KILIAN. **L'élythromochlion,** procédé pour relever la matrice. 1846, in-8, 22 p. avec pl..... 1 fr.
KŒBERLÉ. **Des maladies ovaires ét de l'ovariotomie.** 1878, 1 vol. gr. in-8, avec figures..... 4 fr. 50
— **De l'hémostase définitive** par compression excessive. 1877-1878, 2 parties, gr. in-8, 120 p. avec figures..... 4 fr. 50
— **Résultats statistiques de l'ovariotomie.** 1868, in-8..... 5 fr.
LABARRAQUE. **Étude sur l'hypertrophie générale de la glande mammaire** chez la femme. 1875, in-8, 138 pages..... 3 fr.
LAISSUS. **De l'emploi combiné des eaux thermales** de Brides et de Salins-Moutiers dans les affections utérines chroniques. 1880, in-8, 62 pages.. 1 fr. 50
LAMBERT (E.). **De la métro-péritonite puerpérale.** 1876, in-8, XIX-126 pages..... 3 fr.
LAUTH (Gust.). **Études sur les maternités,** causes et prophylaxie de la mortalité, secours à l'hôpital et à domicile. 1866, in-8, 66 pages..... 2 fr.
LAZAREWITCH (J. de). **Coup d'œil sur les changements de formes et de fonctions de l'utérus,** et sur leur traitement. 1862, gr. in-8, 36 p.. 1 fr. 25
LECACHEUR. **De l'hydrate de chloral** et de son emploi dans les accouchements. 1870, in-8, 78 pages..... 2 fr.
LE JUGE. **Essai sur quelques modes de traitement des affections de l'utérus.** 1858, in-4, 78 pages..... 2 fr.
LEROY D'ÉTIOLLES. **Traitement des fistules vésico-vaginales.** 1842, in-8..... 1 fr. 25
LEYNSEELE (Ch. Van). **Hygiène de la femme.** 1860-1861, 2 vol. in-12.. 6 fr.
LOBSTEIN. **Essai sur la nutrition du fœtus.** 1802, in-4, avec 2 pl... 4 fr.
MAILLIOT. **Auscultation** appliquée à l'étude de la grossesse. 1856, gr. in-8, 95 pages..... 2 fr. 50
MARCÉ. **Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices.** 1858, 1 vol. in-8 de 400 pages..... 6 fr.
MARCHAL. **Observations et remarques sur la cure spontanée des polypes utérins.** 1843, in-8, 31 pages..... 1 fr. 25

TARDIEU (A.). **Étude médico-légale sur l'avortement**, suivie d'une note sur l'obligation de déclarer à l'état civil les fœtus mort-nés et d'observations et recherches pour servir à l'histoire médico-légale des grossesses fausses et simulées. *Quatrième édition.* 1881, 1 vol. in-8, 300 pages..... 4 fr.
— **Étude médico-légale sur l'infanticide.** *Deuxième édition.* 1880, 1 vol. in-8, avec 3 pl. coloriées..... 6 fr.
— **Question médico-légale de l'identité** dans ses rapports avec les vices de conformation des organes sexuels, contenant les souveniers et impressions d'un individu dont le sexe avait été méconnu. 2e *édition.* 1874, 1 vol. in-8, 176 pages. 3 fr.
TARNIER. **De la fièvre puerpérale.** 1858, in-8, 216 pages..... 3 fr. 50
— **Hygiène des hôpitaux des femmes en couches.** Paris, 1864, in-8, 26 pages..... 1 fr.
— et BROUARDEL. **Inculpation d'avortement.** 1881, in-8, 23 pages. 1 fr.
TARSITANI. **Forceps à double pivot.** 1853, gr. in-8, 60 pages, 4 pl... 2 fr.
TOULMOUCHE (A.). **Études sur l'infanticide et la grossesse** cachée ou simulée. 1862, in-8, 134 pages..... 3 fr.
TREILLE (J.). **Les tumeurs de l'ovaire** considérées dans leurs rapports avec l'obstétrique. 1873, in-8, 84 pages..... 2 fr.
TRIPIER (A.). **Lésions de forme et de situation de l'utérus**, leurs rapports avec les affections nerveuses de la femme et leur traitement. *Deuxième édition.* 1874, gr. in-8, 104 pages, avec figures..... 3 fr.
— **Des applications obstétricales** de l'électricité. 1876, in-8, 16 p.. 1 fr.
VERNEAU (R.). **Le bassin dans les sexes et dans les races.** 1875, in-8, 156 pages, avec 16 planches lithographiées..... 6 fr.
VIDAL. **Essai sur un traitement méthodique de quelques maladies de la matrice**, injections intra-vaginales et intra-utérines. 1840, in-8... 75 c.
VIDAL SOLARES. **Contributions à l'étude du traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus.** 1879, gr. in-8, 83 pages..... 2 fr. 50
VOISIN (A.). **De l'hématocèle rétro-utérine.** 1859, 1 vol. in-8 ... 4 fr. 50
WEISS. **Des réductions de l'inversion utérine consécutive à la délivrance.** 1873, gr. in-8, 77 pages..... 1 fr. 50

MANUEL PRATIQUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

PAR

A. DESPINE
Professeur de pathologie interne à l'Université de Genève.

C. PICOT
Médecin de l'Infirmerie du Prieuré à Genève.

Deuxième édition, revue et augmentée.

1 vol. in-18 jésus de 656 pages..... 6 fr.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DES NOUVEAU-NÉS

DES ENFANTS A LA MAMELLE ET DE LA SECONDE ENFANCE

Par le docteur E. BOUCHUT

Professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Septième édition, corrigée et considérablement augmentée.

Ouvrage couronné par l'Institut de France.

Paris, 1878, 1 vol. gr. in-8 de 1130 pages, avec 179 figures..... 18 fr.

THÉRAPEUTIQUE
DES MALADIES CHIRURGICALES DES ENFANTS

Par T. HOLMES
Chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades.

OUVRAGE TRADUIT SUR LA SECONDE ÉDITION ET ANNOTÉ SOUS LES YEUX DE L'AUTEUR

Par le docteur O. LARCHER

1 vol. in-8 de 918 pages, avec 330 figures..... 15 fr.

Ouvrage le plus complet, embrassant toutes les affections chirurgicales qui s'observent dans l'enfance et l'indication des procédés opératoires pour y remédier, formant un complément au *Traité des maladies des nouveau-nés* du docteur Bouchut.

ENVOI FRANCO CONTRE UN MANDAT POSTAL.

ARDENNE (L. d'). **De l'allaitement artificiel.** 1881, 1 vol. in-18, 318 p. 3 fr.
— **Étude sur les causes de la mortalité des enfants** du premier âge. 1882, in-8, 67 pages. 1 fr. 50
BÉCOUR. **Hygiène des enfants,** causes de la mortalité des nouveau-nés et moyens de la diminuer. 1881, in-8, 109 pages. 3 fr.
BEDOIN. **Manuel de la jeune mère.** Notions familières sur l'hygiène de la première enfance. 1877, in-18, 80 pages. 1 fr.
— **Hygiène de l'alimentation** pendant le premier âge. 1878, gr. in-8, 38 pages. 1 fr.
BOUCHUT. **Hygiène de la première enfance,** guide des mères pour l'allaitement, le sevrage et le choix de la nourrice. *Septième édition.* 1878, 1 vol. in-18, VIII-450 pages avec 49 figures. 4 fr.
BOUDARD. **Guide pratique de la chèvre-nourrice** au point de vue de l'allaitement des nouveau-nés et de la syphilis constitutionnelle. Paris, 1879, 1 vol. in-18. 2 fr.
BROCHARD. **De l'industrie des nourrices** à Bordeaux. 1867, in-18. 75 c.
CAILLAULT. **Traité pratique des maladies de la peau chez les enfants.** Paris, 1859, 1 vol. in-18 jésus, 400 pages. 3 fr. 50
CHASSINAT (R.). **De l'allaitement maternel,** étudié au point de vue de la mère, de l'enfant, de la famille et de la société. 1868, in-18 jés., 147 p. 1 fr. 25
CHAUFFARD. **Sur la mortalité des nourrisons.** 1870, in-8, 27 p. 1 fr. 25
DELPECH (A.). **Premiers symptômes des maladies contagieuses** qui peuvent atteindre les jeunes enfants. 1880, in-18 jésus. 25 c.
DONNÉ. **Conseils aux mères** sur la manière d'élever les enfants nouveau-nés. *Sixième édition.* 1880, 1 vol. in-18 jésus. 3 fr.
DUCHESNE-DUPARC. **Traité des gourmes** chez les enfants, 1844, in-8. 6 fr. 50
FAUVEL. **Discours sur la mortalité des nourrissons.** 1869, in-8, 35 pages. 1 fr. 50
FOVILLE. **Des dispensaires pour enfants malades.** 1881, in 8, 36 pages. 1 fr.
GÉRANDO (DE). **Éducation des sourds-muets de naissance.** 1817, 2 vol. in-8 (16 fr.). 5 fr.
GUYOT. **Hygiène et protection des enfants au premier âge.** 1878, in-8, 60 pages. 1 fr. 50
HARTLAUB (Ch.). **Le médecin homœopathe des enfants,** ou Conseils aux pères et aux mères, aux maîtres et aux maîtresses de pension sur la manière de les élever et de les traiter dans leurs indispositions. 1837, in-18, 132 p. 1 fr. 50
HARTMANN. **Thérapeutique homœopathique des maladies des enfants.** 1853, 1 vol. in-8, 600 pages. 8 fr.
HERPIN (J. Ch.). **Sur le déplacement ou l'échange des enfants trouvés.** In-8, 24 pages. 1 fr.
HUSSON (A.). **Discours sur la mortalité des jeunes enfants.** 1866, in-8, 27 pages. 1 fr.
LAGNEAU. **De l'influence de l'illégitimité** sur la mortalité. 1876, in-8, 57 pages. 1 fr. 50
— **Rapport sur un cas de transmission de la syphilis d'un nourrisson** à sa nourrice. 1875, in-8. 50 c.
LEFORT. **De la mortalité des nouveau-nés** dans les centres industriels, et des moyens de la diminuer. 1879, in-8, 19 pages. 1 fr.
LEROY (Alp.). **Médecine maternelle,** ou L'art d'élever et de conserver les enfants. 1803, in-8. 6 fr.
LOIR (J.-N.). **De l'état civil des nouveau-nés** au point de vue de l'histoire, de l'hygiène. 1854, 1 vol. in-8. 6 fr.
MARTEL. **De la mort apparente** chez le nouveau-né. 1874, in-8, 77 p. 2 fr.
MONOT (B.). **De l'industrie des nourrices** et de la mortalité des petits enfants. 1867, 1 vol. in-8 de 160 pages. 3 fr.
— **De la mortalité excessive des enfants** pendant la première année de leur existence, ses causes et des moyens de la restreindre. 1872, in-8, 62 p. 1 fr. 50
PERRUSSEL. **Guide médical et hygiénique de la mère de famille.** 1887, 1 vol. in-18, 500 pages avec figures. 7 fr.
PUTEGNAT (E.). **Essai sur l'histoire de la syphilis** des nouveau-nés. Paris, 1854, 1 vol. in-8, 216 pages. 3 fr. 50
SEGUIN. **Traitement moral, hygiène et éducation des idiots** et autres enfants arriérés ou retardés dans leur développement, agités de mouvements involontaires, débiles, muets non sourds, bègues, etc. 1846, 1 vol. in-18 jésus, 75 pages. 6 fr.
SEUX (V.) père. **Recherches sur les maladies des enfants nouveau-nés** (état physiologique du pouls, muguet, entérite, ictère). 1855, in-8. 4 fr.
— **Recherches sur les maladies des enfants nouveau-nés** (céphalæmatome). 1863, in-8, 66 pages. 2 fr.

ENVOI FRANCO CONTRE UN MANDAT POSTAL.

6912-84. — Corbeil. Typ. et stér. J. Crété.

HAMMOND. **Traité des maladies du système nerveux** comprenant les maladies du cerveau, les maladies de la moelle et de ses enveloppes, les affections cérébro-spinales, les maladies du système nerveux périphérique et les maladies toxiques du système nerveux. 1 vol. gr. in-8 de XXIV-1300 p. avec 116 fig., cart..... 22 fr.

JOUSSET. **Éléments de médecine pratique**. *Deuxième édition*. 2 vol. in-8... 15 fr.

LAVERAN et TEISSIER. **Nouveaux éléments de pathologie et de clinique médicales**, par A. LAVERAN, professeur agrégé à l'École de médecine militaire du Val-de-Grâce, et J. TEISSIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. 2 vol. petit in-8 avec fig..... 18 fr.

LEUDET. **Clinique médicale** de l'Hôtel-Dieu de Rouen. 1 volume in-8 de 650 p. 8 fr.

LEYDEN (E.). **Traité clinique des maladies de la moelle épinière**, par E. LEYDEN, professeur à l'Université de Berlin. 1 vol. gr. in-8, 850 pages..... 14 fr.

RACLE. **Traité de diagnostic médical**. Guide clinique pour l'étude des signes caractéristiques des maladies. *Sixième édition*, présentant l'exposé des travaux les plus récents, par Ch. FERNET et J. STRAUSS, médecins des hôpitaux. 1 vol. in-18 jésus de 900 pages avec 79 fig. Cartonné..... 8 fr.

TROUSSEAU. **Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris**. *Sixième édition*, publiée par les soins de M. PETER. 3 vol. in-8 avec portrait de TROUSSEAU..... 32 fr.

VALLEIX. **Guide du médecin praticien**, résumé général de pathologie interne et de thérapeutique appliquée, par F.-L.-I. VALLEIX, médecin de l'hôpital de la Pitié. *Cinquième édition*, refondue, par P. LORAIN, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Sainte-Antoine, 5 vol. in-8 de 800 p., avec figures..... 50 fr.

VIRCHOW. **La pathologie cellulaire** basée sur l'étude physiologique et pathologique des tissus. 4e *édition*, revue et augmentée par L. STRAUS. 1 vol. in-8 avec 157 fig. 9 fr.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES, MÉDECINE OPÉRATOIRE

BERGERON. **Précis de petite chirurgie et de chirurgie d'urgence**, par le docteur Albert BERGERON, chef du laboratoire de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine. 1 vol. in-18 jésus de 436 pages, avec 374 figures..... 5 fr.

BERNARD (Cl.) et HUETTE. **Précis iconographique de médecine opératoire et d'anatomie chirurgicale**. *Nouveau tirage*. 1 vol. in-18 jésus, 495 p. avec 113 pl., figures noires. Cartonné..... 24 fr.

LE MÊME, figures coloriées, cart..... 48 fr.

CHAUVEL. **Précis d'opérations de chirurgie**, par le docteur J. CHAUVEL, professeur de médecine opératoire à l'École du Val-de-Grâce. 1 vol. in-18 jésus de 700 pages, avec 281 fig. dessinées par le docteur E. CHARVOT..... 6 fr.

CHRÉTIEN (H.). **Nouveaux éléments de médecine opératoire** par H. CHRÉTIEN, professeur à la Faculté de Nancy. 1 vol. in-18 Jésus, 528 pages avec 184 fig..... 6 fr.

CORBE. **La pratique de la chirurgie d'urgence**. 1 vol. in-18 avec 51 fig. 2 fr.

DECAYE. **Précis de thérapeutique chirurgicale** par le docteur PAUL DECAYE. 1 vol. in-18 jésus de 500 pages..... 6 fr.

DESPRÉS. **La chirurgie journalière**, leçons de clinique chirurgicale, par A. DESPRÉS, chirurgien de la Charité. *Deuxième édition*. 1 vol in-8, 804 p. avec 45 fig..... 12 fr.

Encyclopédie internationale de chirurgie publiée sous la direction du docteur ASHURST, *Tome Ier*, 1 vol. in-8 de 900 pages à 2 colonnes avec 300 figures intercalées dans le texte.

Principaux articles du tome Ier : I. Pathologie chirurgicale générale : *la Nutrition et ses troubles*, par S. STRICKER (de Vienne). — *Inflammation*, par VAN BUREN. — *Conditions constitutionnelles chez les blessés et les opérés*, par A. VERNEUIL (de Paris). — *Scrofule et tubercule*, par H.-T. BUTLIN. — *Rachitisme*, par S. LEWIS SMITH. — *Scorbut*, par Ph. S. WALES. — *Schock et Embolie graisseuse*, par C. W. MANSELL-MOULIN. — *Delirium traumatique et delirium tremens*, par W. HUNT. — II. Maladies chirurgicales infectieuses et virulentes : *Erysipèle*, par A. STILLÉ. — *Pyohémie*, par Fr. DELAFIELD. — *Septicémie et Pourriture d'hôpital*, par Maurice JEANNEL. — *Maladies vénériennes*, par WHITE, STURGIS. L'ouvrage formera 6 volumes in-8.

GALEZOWSKI (X.). **Traité des maladies des yeux**, par X. GALEZOWSKI, professeur à l'école pratique. *Deuxième édition*. 1 vol. in-8 de 880 pages, avec 397 figures. 20 fr.

GAUJOT et SPILLMANN. **Arsenal de la chirurgie contemporaine**; description, mode d'emploi et appréciation des appareils et instruments en usage pour le diagnostic et le traitement des maladies chirurgicales, l'orthopédie, la prothèse, les opérations, par G. GAUJOT, professeur à l'École du Val-de-Grâce, et E. SPILLMANN, professeur à l'École de médecine d'Alger. 2 vol. in-8 de 800 p. chacun, avec 1,855 fig..... 32 fr.

GILLETTE. **Chirurgie journalière des hôpitaux de Paris**, répertoire de thérapeutique chirurgicale. 1 vol. in-8 de XVI-772 p. avec 662 figures, cart..... 12 fr.

— **Clinique chirurgicale des hôpitaux de Paris**. 1 vol. in-8, avec fig... 5 fr.

GOFFRES. **Précis iconographique de bandages, pansements et appareils**. 1 vol. in-18 jésus, 596 pages, avec 81 planches, figures noires. Cartonné. 18 fr.

— LE MÊME, figures coloriées, cartonné..... 36 fr.

GOSSELIN (L.). **Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité**, par L. Gosselin, professeur à la Faculté de médecine. *Troisième édition*. 3 vol. in-8, avec fig. .. 24 fr.

GUYON. **Éléments de chirurgie clinique**, comprenant le diagnostic chirurgical, les opérations en général, l'hygiène, le traitement des blessés et des opérés, par le docteur Félix Guyon, professeur à la Faculté de médecine. 1 vol. in-8, avec 163 fig. .. 12 fr.

— **Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires.** 1 vol. gr. in-8 de 1,000 pages … 15 fr.

HARRIS et AU… …tiste. 1 vol. in-8 de 976 … 17 fr.

JULLIEN (Lou… …in-8, 1,120 p. avec 127 fig. … 20 fr.

LEGOUEST. … inspecteur de l'armée. De… … 15 fr.

ROCHARD. … vol. in-8 de xvi-800 page… … 12 fr.

THOMPSON … **urinaires** *Deuxième é…* … 20 fr.

VALETTE. **C**… par A.-D. Valette, profes… …c fig. 12 fr.

VIDAL. **Trai**… **…ire**, avec les résumés d'a… …seur agrégé à la Faculté, … 51 fig. …

ACCOUCH… … FEMMES

BOUCHUT. **T**… **…nfants** à la mamelle et d… l'hôpital des Enfants mala… … 18 fr.

— **Hygiène** … …aitement, le sevrage, le c… …-523 pages, avec 49 figur… … 4 fr.

CHAILLY. **Tra**… …ition. 1 vol. in-8 de xx-10… … 10 fr.

CHARPENTIE… … docteur A. Charpentier, … …gr. in-8, ensemble 1600 …

CHURCHILL (… **…adies des femmes**, … …ment. *Troisième édition* … 18 fr.

DESPINE et P… …par A. Despine, profess… 1 vol. in-18 jésus, viii-59… … 6 fr.

EUSTACHE. … …t chirurgie, par G. Eusta… … 8 fr.

GALLARD. **Le**… …me édition. 1 vol. in-8 de… … 14 fr.

HOLMES. **Th**… **…nts**, par T. Holmes, chir… … 15 fr.

NAEGELÉ. **Tr**… Naegelé et W.-L. Grense… …grès de la science, par … …oltz, doyen de la Faculté … … 12 fr.

PENARD. **Guide pratique de l'accoucheur et de la sage-femme**. *Cinquième édition*. 1 vol. in-18, xx-600 pages, avec 165 figures … 5 fr.

RICHARD (David). **Histoire de la génération** chez l'homme et chez la femme. 1 vol. in-8 de 350 pages, avec 8 planches col. cart. … 12 fr.

SIMPSOM. **Clinique obstétricale et gynécologique.** 1 vol. grand in-8 de 820 p. avec figures … 12 fr.

MATIÈRE MÉDICALE, PHARMACIE ET THÉRAPEUTIQUE

ANDOUARD. **Nouveaux éléments de pharmacie**, par Andouard, professeur à l'École de Nantes. *Deuxième édition*. 1 vol. in-8 de xxiv-950 pages, avec 150 fig… 16 fr.

BECLU (H.). **Nouveau manuel de l'herboriste,** ou traité des propriétés médicinales des plantes exotiques et indigènes. 1 vol. in-12 de xiv-256 pages, avec 55 fig. 2 fr. 50.

Envoi franco par la poste contre un mandat.

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on or before the date last stamped below.

M34 Gillette,E.P. 7704
G47 Chirurgie journalière
1878 des Hopitaux de Paris.

NAME	DATE DUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et Fils, 19, rue Hautefeuille.

Codex medicamentarius. Pharmacopée française, rédigée par ordre du gouvernement. 1 fort vol. gr. in-8, cartonné à l'anglaise..... 3 fr. 50.

Commentaires thérapeutiques du Codex medicamentarius, ou histoire de l'action physiologique et des effets thérapeutiques des médicaments inscrits dans la Pharmacopée française, par Ad. Gubler, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine. *Deuxième édition.* 1 vol. gr. in-8 de 758 pages. Cartonné..... 15 fr.

FERRAND (A.). **Traité de thérapeutique.** 1 vol. in-18 jésus, cart..... 8 fr.

FERRAND (E.). **Aide-mémoire de pharmacie**, vade-mecum du pharmacien à l'officine et au laboratoire. *Troisième édition.* 1 vol. in-18 jésus de 750 p. avec 110 fig., cart. 6 fr.

FONSSAGRIVES (J.-B.). **Principes de thérapeutique générale**, ou le médicament étudié au point de vue physiologique, posologique et clinique. 1 vol. in-8 de 450 p. 7 fr.

GALLOIS. **Formulaire de l'Union médicale. Douze cents formules** favorites. *Troisième édition.* 1 vol. in-32 de 632 pages, cart..... 3 fr. 50

GIACOMINI. **Traité philosophique et expérimental de matière médicale et de thérapeutique.** 1 vol. in-8 de 600 pages à 2 col..... 5 fr.

GLONER. **Nouveau dictionnaire de thérapeutique.** 1 vol. in-18 de VIII-805 p. 7 fr.

GUBLER. **Cours de thérapeutique**, professé à la Faculté de médecine. 1 vol. in-8 de VII-568 pages.... 9 fr.

JEANNEL. **Form**... imprenant environ quatre m... et de l'é-tranger ou empl..., avec les indications thér... la mode d'administration... NNEL, pro-fesseur à la Fac... XXXVI-972 pages, cartonné... 6 fr.

NOTHNAGEL et ... **die et de thérapeutiq**... dicaments, avec une introd... l. in-8 de XXXII-860 pages. 14 fr.

REVEIL (O.). **Fo**... **es médi-cations nouv**... 6 fr.

ARNOULD. **Nou**... saeur à la Faculté de Li... 20 fr.

BRIAND et CHA... BRIAND ... Ernest CHAUDÉ, ... sseur à cole de pharm... pages 3 planches et 3...

CHAPUIS. **Prés**... de médecine d...

COLIN (Léon). **T**... 1 vol. in-8 de ...

DUBRAC. **Trai**... F. DUBRAC, pr...

FONSSAGRIVES. **— Hygiène al**... 1 vol. in-8 de ...

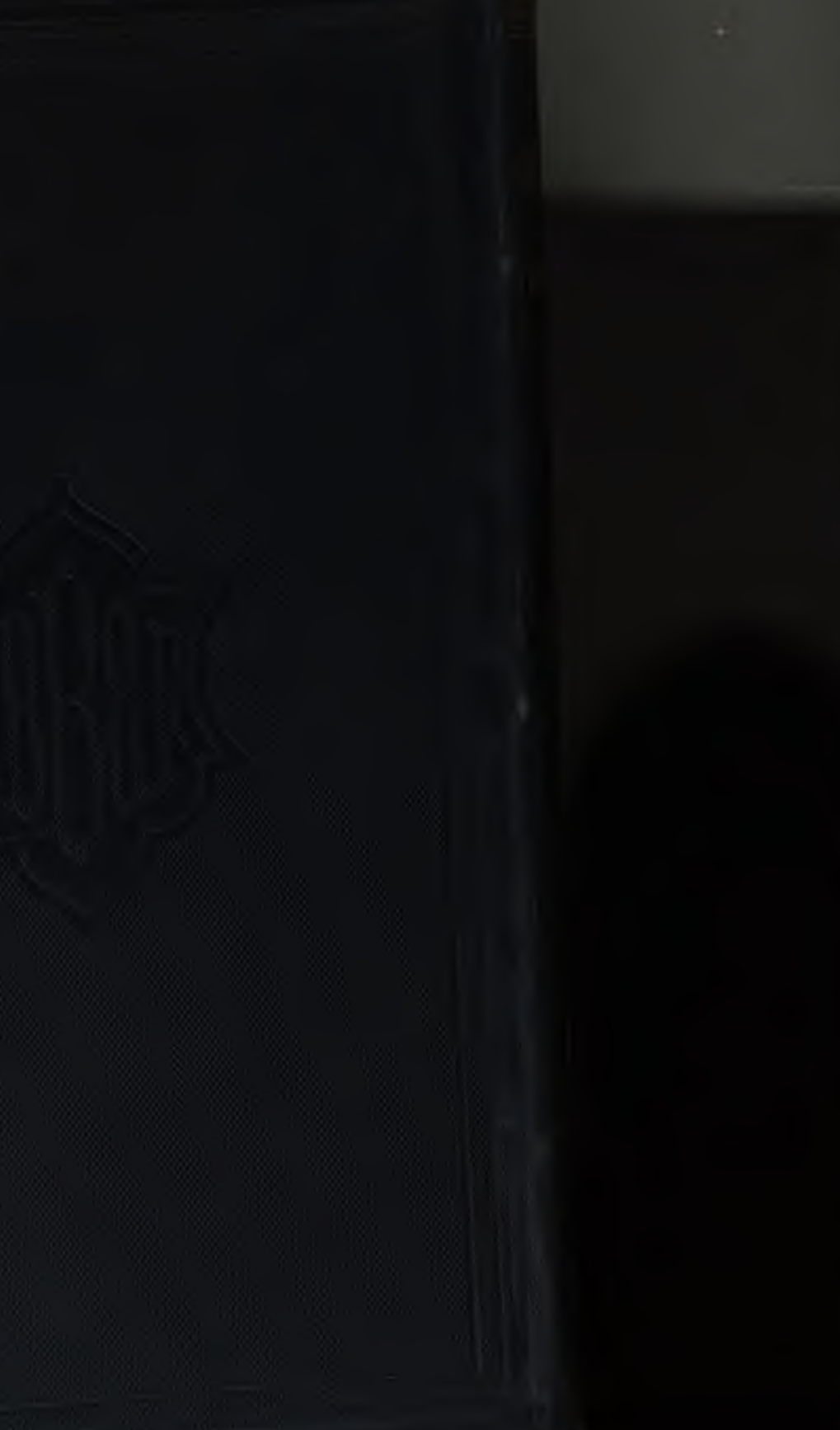
— Traité d'h...

HOFMANN (E.). E. HOFFMANN, BROUARDEL, p...

LÉVY. **Traité**... l'Ecole du Va...

MORACHE. **Tr**...

SOUBEIRAN (J.... **rations** des ... les arts, l'a... à l'Ecole de p...

TARDIEU. **Mé**... ment, folie, ... ment, pendai... cine de Paris...

Envoi d...